

Fakultät für Bildungswissenschaften an der Universität Duisburg-Essen  
Standort Essen

**Störungsmodelle in der kinder- und jugendpsychiatrischen  
Behandlung**

**Auswirkung von Störungsmodellen auf den Therapieverlauf**

Dissertation  
zur Erlangung des akademischen Grades  
Doktor/-in der Philosophie  
(Dr. phil.)

vorgelegt am 24. Oktober 2014  
von Stefan Can Sipal

Tag der mündlichen Prüfung am 14.04.2015

Erstgutachterin: Frau Prof. Dr. Gisela Steins  
(Universität Duisburg-Essen)

Zweitgutachterin: Frau Prof. Dr. Angela Utermann  
(Universität Duisburg-Essen)



## **Danksagung**

Ich danke an erster Stelle meiner Frau und meinen Söhnen für ihre unermüdliche Unterstützung und Aufmunterung und ihre Bereitschaft auch phasenweise auf mich zu verzichten. Meiner Doktormutter Frau Prof. Gisela Steins danke ich für die einmalige Betreuung. Ich kann mir keine bessere Unterstützung im Rahmen einer Dissertation vorstellen. Dann danke ich vor allem meinen Arbeitskolleginnen und Freundinnen in der Klinik für die fruchtbare und nette Zusammenarbeit, die die Basis für die vorliegende Dissertation darstellt. Ich habe viel von Ihnen lernen dürfen, was auch in diese Arbeit eingeflossen ist. Meiner Freundin Claudia danke ich ganz herzlich für ihre Mühe, den Text mit den Regeln der deutschen Rechtschreibung auszusöhnen.

Mein besonderer Dank gilt meiner Freundin Erna, die mich auf dem größten Teil meines Berufsweges wohlwollend begleitet und geführt hat.





# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>Theoretische Grundlagen und Forschungsstand .....</b>	<b>11</b>
2.1	Attribution.....	11
2.2	Attributionale Theorien.....	14
2.2.1	Zusammenhänge von Attributionen zwischen Eltern und Kindern sowie Verhaltensauffälligkeiten .....	17
2.2.2	Das Konzept der Hoffnungslosigkeitstheorie der Depression (Abramson, Alloy & Metalsky, 1989).....	21
2.2.3	Zirkuläre Prozesse .....	23
2.2.4	Die Alltagskonzept-Theorie der Erklärung von Verhalten (Malle, 2011).....	25
2.3	Verhaltensbestätigung.....	25
2.4	Die Hypothesentheorie der sozialen Wahrnehmung.....	27
2.5	Die Theorie sozialer Vergleichsprozesse.....	30
2.6	Die Theorie der kognitiven Dissonanz .....	34
2.6.1	Anwendungsbereiche der Theorie der kognitiven Dissonanz .....	35
2.7	Reaktanz.....	41
2.7.1	Die Rolle von Reaktanz im therapeutischen Prozess .....	46
2.7.2	Konkrete Empfehlungen für die therapeutische Kommunikation .....	50
2.8	Subjektive Krankheitssvorstellungen.....	51
2.8.1	Das Commonsense-Modell.....	52
2.8.2	Somatoforme Störungen.....	53
2.8.3	Biomedizinisch versus psychosozial .....	55
2.8.4	Kinder und Jugendliche .....	56
2.8.5	Kulturelle Besonderheiten von Laientheorien.....	59

2.9	Die Selbstbestimmungstheorie von Ryan und Deci (2000)	59
<b>3</b>	<b>Entwicklung der Fragestellung zur Voruntersuchung</b>	<b>61</b>
<b>4</b>	<b>Voruntersuchung</b>	<b>66</b>
4.1	Zusammenfassung der Fragestellung	66
4.2	Methode der Voruntersuchung	66
4.2.1	Therapeutisches Setting als Setting der Datenerhebung	68
4.2.2	Stichprobe	69
4.2.3	Datenbasis	71
4.2.4	Gütekriterien der Daten	72
4.2.5	Kodierung	73
4.3	Ergebnisse der Voruntersuchung	74
4.3.1	Fallanalyse 1	74
4.3.2	Fallanalyse 2	80
4.3.3	Fallanalyse 3	87
4.3.4	Fallanalyse 4	92
4.3.5	Fallanalyse 5	98
4.3.6	Fallanalyse 6	102
4.4	Diskussion der Voruntersuchung	109
4.4.1	Inhalt vs. Passung	109
4.4.2	Effekte von Störungsmodellen	111
4.4.3	Unterschiedliche Wahrnehmungen	113
4.4.4	Fortsetzung familiärer Konfliktstrukturen in den Störungsmodellen	113
4.4.5	Offene vs. verdeckte Kommunikation	114
4.4.6	Autonomie	115
<b>5</b>	<b>Entwicklung der Fragestellung zur Hauptuntersuchung</b>	<b>116</b>
<b>6</b>	<b>Hauptuntersuchung</b>	<b>121</b>
6.1	Zusammenfassung der Fragestellung	121

6.2	Methode der Hauptuntersuchung .....	121
6.2.1	Stichprobe .....	124
6.2.2	Kodierung .....	124
6.3	Ergebnisse der Hauptuntersuchung .....	124
6.3.1	Fallvergleich 1 .....	124
6.3.2	Fallvergleich 2 .....	139
6.3.3	Fallvergleich 3 .....	153
6.3.4	Fallvergleich 4 .....	170
6.3.5	Fallvergleich 5 .....	189
6.3.6	Fallvergleich 6 .....	206
6.3.7	Fallvergleich 7 .....	229
6.4	Diskussion der Hauptuntersuchung .....	250
6.4.1	Schwierigkeiten bei der Analyse .....	251
6.4.2	Die Attributionsdimensionen .....	252
6.4.3	Klassifikation zu Typen .....	253
6.4.4	Die Attributionstypen .....	254
<b>7</b>	<b>Zusammenfassende Diskussion.....</b>	<b>277</b>
7.1	Systemtheoretische Perspektive .....	278
7.2	Überschneidungen mit anderen theoretischen Konzepten .....	281
<b>8</b>	<b>Ausblick .....</b>	<b>284</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>286</b>
	<b>Anhang.....</b>	<b>302</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Heuristisches Rahmenmodell zur Rolle von Störungsmodellen .....	63
Abbildung 2: "Kampf um Autonomie" .....	255
Abbildung 3: "Beschuldigung eines Außenfeindes" .....	258
Abbildung 4: "Kampf um Bindung" .....	261
Abbildung 5: "Kampf um familiäre Verantwortung" .....	268

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung .....	69
--	----

# 1 Einleitung

In einer kinder- und jugendpsychiatrischen teilstationären Behandlung kommen Kinder oder Jugendliche in der Regel morgens in die Klinik und verlassen diese am Nachmittag wieder. In der Zwischenzeit passiert etwas, das, geht man von einem erfolgreichen Behandlungsprozess aus, in irgendeiner Form hilfreich war. Hinweise auf Faktoren, die zu so einem Erfolg beitragen, gibt es in zahlreichen Studien zur Effektivität von Therapien. Obwohl aber in dieser Zeit zwischen Kommen und Gehen der Patientinnen hilfreiche Kommunikation in irgendeiner Form stattfindet, bleibt doch die Strukturierung dieser hilfreichen Kommunikation unklar. Ein spezifisches Merkmal der Kommunikationen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung ist das Entwickeln von Erklärungen für die Auffälligkeiten des Kindes oder Jugendlichen. Diese Suche nach Erklärungskonzepten, die in der Behandlung gemeinsam, aber auch getrennt von jedem Teilnehmer durchgeführt wird, hat dabei weitreichende Konsequenzen für den Kommunikationsprozess und damit auch für die Behandlung. Es macht einen Unterschied, ob eine Mutter sich die Angst ihres Sohnes durch ein Fehlverhalten der Lehrerin, die zu viel Druck ausübt, erklärt oder durch eine zu große Schutzhaltung im häuslichen Rahmen. Die Frage, welche Aspekte der Kommunikation von Störungsmodellen, welche Muster, Typen oder Dramaturgien im Zeitverlauf den Therapieprozess gestalten, erscheint in diesem Zusammenhang von großem Interesse.

Die Idee, solche Kommunikationsprozesse nicht nur von Senderin oder Empfänger, sondern aus dem Wechselspiel heraus aufzuschließen, ist in der systemischen Therapie über die Technik des zirkulären Fragens schon lange Allgemeingut. Hier wird nicht nur gefragt, wie eine Teilnehmerin an der Therapie ein spezifisches Problem sieht, sondern auch, was sie glaubt wie ihr Gegenüber, der Sohn, die Tochter, der Ehepartner das Problem sehen. Über solche zirkulären Fragen zu Erwartungen und Erwartungserwartungen werden die Anschlüsse der Kommunikationen beleuchtet, die letztendlich die Dynamik einer Behandlung ausmachen.

In der vorliegenden Arbeit wird dieser Kommunikationsprozess ohne einen Rückgriff auf individuelle Eigenschaften der Beteiligten, seien es eher vorübergehende oder langfristige, untersucht. Es wird versucht, Antworten auf die Fragen wie Störungsmodelle der an der Therapie Beteiligten miteinander interagieren, zu finden. Es wird darauf verzichtet, die Äußerungen anhand äußerer Kriterien wie Wahrheit oder Gesundheit zu betrachten. Daraus folgt auch, dass die Störungsmodelle aller Beteiligten als gleichwertige Kommunikationsbeiträge behandelt werden und nicht als externer Maßstab in die Untersuchung eingeführt werden. Es wird

der Kommunikationsprozess an sich beleuchtet und in seiner Strukturierung untersucht. Dabei ist auch die Frage von Interesse, wie sich die Kommunikationsprozesse beschreiben lassen. Es erscheint naheliegend, aus einer grundlagenwissenschaftlichen Perspektive nach Konzepten zur Beschreibung zu suchen, die sich in anderen Bereichen bewährt haben. Dazu bietet die Sozialpsychologie ein reichhaltiges Reservoir, das in der vorliegenden Arbeit genutzt wird. Dabei wird der Frage nachgegangen, ob sich Konzepte wie Reaktanz, Attribution oder sozialer Vergleich für eine Beschreibung hilfreicher Kommunikationen im Zusammenhang mit Störungsmodellen eignen. Das dabei gewählte Vorgehen ist ein qualitatives und kann damit aus der Fülle der Daten schöpfen.

Das Herausarbeiten von spezifischen Dramaturgien oder Typen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen teilstationären Behandlung kann von großem Interesse sein, da sie eine ökonomische Beschreibung von komplexen Kommunikationsprozessen, in denen es um das Verständnis von Symptomen und Problemen der Patientinnen geht, ermöglichen würden. Solche Typen konnten in der vorliegenden Arbeit gefunden werden. Es konnte anhand einer qualitativen Analyse gezeigt werden, dass sich spezifische sozialpsychologische Konstrukte aus der Forschung zu attributionalen Theorien für eine solche Beschreibung eignen und spezifische Muster der Kommunikationen von Störungsmodellen zwischen allen Beteiligten herausgearbeitet werden. Darüber hinaus konnte ein heuristisches Rahmenmodell zur Erklärung der Interaktion von Störungsmodellen entwickelt werden. Die erarbeiteten Beschreibungsmerkmale für Störungsmodelle ließen sich systemtheoretisch verankern und mit den unterschiedlichen Systemebenen verbinden.

*Um einen nicht diskriminierenden Text zu verfassen, wurde das Verfahren der stochastischen Genuswahl (Nothbaum & Steins, 2010) angewandt. In diesem Verfahren werden Substantive mit einem männlichen Genus, die aber auf gemischtgeschlechtliche Gruppen verweisen, nach einem Zufallsprinzip jeweils ins Femininum oder Maskulinum gesetzt. Dies ermöglicht einen nicht sexistischen Sprachgebrauch mit einer guten Lesbarkeit des Textes zu verbinden. Da sich im Band 2 der Dissertation die Therapieprotokolle als Grundlage der Analysen befinden, wurden diese bis auf die Anonymisierung nicht weiter verändert und die stochastische Genuswahl nicht angewandt.*

## 2 Theoretische Grundlagen und Forschungsstand

In dem folgenden Kapitel werden die für die vorliegende Untersuchung relevanten Theorien vorgestellt. Dabei wird ein Schwerpunkt auf sozialpsychologische Grundlagenforschung gelegt. Die in der Regel lang erprobten Konstrukte und gut belegten sozialpsychologischen Theorien werden in Bezug auf ihre Relevanz für die Analyse von Störungsmodellen bewertet, um ihre Eignung zur Beschreibung von Störungsmodellen in der Hauptuntersuchung zu prüfen. Daneben findet sich hier auch ein Abschnitt zu Krankheitsvorstellungen oder Laientheorien zu Erkrankungen, Konstrukte, die mit dem hier verwendeten Begriff „Störungsmodell“ verwandt sind.

### 2.1 Attribution

Störungsmodelle, so wie sie in der vorliegenden Arbeit verstanden werden, stellen spezifische Erklärungsmodelle für abweichendes Verhalten von Kindern oder Erwachsenen dar, die dem Versuch entspringen, dem abweichenden Verhalten, das für Angehörige höchst irritierend sein dürfte, einen Sinn zu verleihen und damit auch eine Leitlinie an die Hand zu geben, wie darauf korrigierend Einfluss genommen werden kann. Der Begriff „Störungsmodelle“ bildet komplexe Erklärungskonzepte ab, in denen der Zusammenhang von konkreten Ereignissen, wie z.B. einem Trauma und Angst, aber auch Verursachungskonstellationen, körperliche, biologische und psychologische Umstände, konkrete Akteurinnen, psychologische Konstrukte, wie z.B. Unabhängigkeit, Autonomie, Selbstsicherheit und auf die Familie bezogene gruppensdynamische Aspekte wie Loyalitäten und Koalitionen dargestellt wird. Attributionstheorien und attributionale Theorien beschäftigen sich mit ganz spezifischen Aspekten von Verhaltensklärungen, die allerdings auch Teil von Störungsmodellen sind. In der ursprünglich von Heider (1944) entwickelten und von Kelley (1967) sowie Weiner (2006) u.a. weiterentwickelten Theorie wird davon ausgegangen, dass Menschen bestrebt sind, sich ein genaues Bild von den Ursachen und Hintergründen der von ihnen erlebten Ereignisse zu machen, um angemessen reagieren zu können. Laut Försterling (1986) messen Attributionsansätze gedanklichen Prozessen eine zentrale Bedeutung zu, basierend auf einem rationalen Menschenbild, in dem Menschen Kausalbeziehungen zwischen den Ereignissen der physischen und sozialen Umwelt herzustellen motiviert sind. Die Kausalmodelle haben dabei eine Anpassungsfunktion (Försterling, 1986). In ihrer Zusammenfassung der Attributionstheorie beschreiben Meyer und Försterling (1993), dass Handlungsergebnisse auf die Ursachen Fähig-

keit, Bemühen, Schwierigkeit und Zufall zurückgeführt werden können. Dabei wurde der Aspekt Fähigkeit und Bemühen im attributionalen Ansatz Weiners (2006), in dem die Auswirkungen von Attributionen auf Emotionen und damit forcierte Handlungen wie Hilfeleistung, Reaktion auf Stigmatisierung und Verantwortungszuschreibung behandelt werden, ausdifferenziert.

Försterling (1986) beschreibt unterschiedliche Dimensionen von Attribution. Diese beinhalten die zeitliche Entfernung der Ursache zum Effekt (proximal versus distal), die Komplexität der Attribution, den Ort der Verursachung als innerhalb oder außerhalb der Person liegend, die Stabilität der Ursachenzuschreibung sowie deren Globalität. Eine weitere Dimension die von Försterling erwähnt wird, ist die Frage der Kontrollierbarkeit der Ursache, die im attributionalen Ansatz von Weiner (2006) eine zentrale Rolle spielt. Dabei ist die von Försterling (1986) gemachte Unterscheidung zwischen erwartungswidrigen und mit Erwartung konformen Ereignissen für die vorliegende Untersuchung relevant. Danach findet eine aktive Suche nach attributionsrelevanten Informationen, also eine aktive Kausalanalyse nur dann statt, wenn es sich um erwartungswidrige Ereignisse handelt. Dies dürfte bei abweichendem Verhalten von Kindern, psychischen Auffälligkeiten, die für Eltern im höchsten Maße irritierend sein dürften, stark der Fall sein. In einem solchen Fall werden Suchprozesse eingeleitet, die eine Anpassungsfunktion haben können. Der Begriff Anpassungsfunktion (Försterling, 1986) müsste im Falle von kinder- und jugendpsychiatrischen Auffälligkeiten übersetzt werden in ein das Kind unterstützendes bzw. die Symptomatik reduzierendes Verhalten, das ein normales Funktionieren wiederherstellt.

Brehm (1976) unterscheidet in ihrer Zusammenfassung der Attributionstheorien vier verschiedene Herangehensweisen. In dem Ansatz von Jones und Davis (1965, zit. nach Brehm, 1976) wird davon ausgegangen, dass eine zentrale, unveränderliche Ursache von Ereignissen Dispositionen von Personen darstellen. Beobachterinnen von Ereignissen, so die Theorie, schließen unter bestimmten Bedingungen von den Eigenschaften der Handlung auf bestimmte Charakteristika der Personen. Dies ist dann der Fall, wenn Beobachter Personen bei der freien Wahl zwischen Alternativen beobachten können, insbesondere dann, wenn es sich um nicht allgemein geteilte, also triviale Bevorzugungen von einer Alternative handelt. Besonders extrem sind dispositionale Attributionen dann, wenn die Beobachterin, von der Wahl der Person die sie beobachtet, in einer relevanten Weise betroffen ist (hedonistic relevance).



In der Theorie Kelleys, so wie von Brehm (1976) zusammengefasst, wird mit dem Prinzip der Kovarianz ein Zusammenhang von Effekten bzw. Ereignissen und der damit einhergehenden Variation von Entitäten, also möglichen Ursachen, angenommen. In dieser Theorie sind die Faktoren Konsensus, Konsistenz und Distinktheit (Meyer & Försterling, 1993) für die Auswahl der Ursache für einen Effekt zentral. Attributionen auf die Person versus auf die Umstände werden danach dann vorgenommen, wenn der Konsensus niedrig ist, d.h. wenn ein zu erklärendes Ereignis nur bei der einen Person und nicht bei anderen vorkommt, die Konsistenz hoch ist, also die Variation über verschiedene Zeitpunkte gering ist und die Distinktheit gering ist, d.h. wenn der Effekt auch bei anderen Entitäten auftritt. In der vorliegenden Untersuchung dürften insbesondere der Konsensusaspekt der vorliegenden Information sowie der Konsistenzaspekt betroffen sein. Abweichendes Verhalten bzw. psychische Auffälligkeiten, die mindestens dadurch definiert sind, dass die betroffenen Familien Hilfe in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung suchen, haben fast schon apriori einen niedrigen Konsensus, d.h. das Verhalten weicht von dem Verhalten anderer Gleichaltriger in ähnlichen Situationen ab und hat auch eine gewisse Stabilität bzw. Konsistenz über die Zeit, da es sonst gar nicht erst zur Behandlung gekommen wäre, die einen Vorlauf von mehreren Monaten hat. Damit wären aber dispositionale Attributionen apriori, was die Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen angeht, wahrscheinlich.

Dies dürfte auch relevant für die Frage der Zuweisung von Schuld sein, die innerhalb des familiären Kommunikationsprozesses, wenn es um kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen geht, eine zentrale Rolle spielen könnte.

Eine weitere Theorie, die ebenfalls in diese Richtung weist und von Brehm als eine der vier wichtigen Attributionstheorien zusammengefasst wird, ist die Theorie der Unterschiede zwischen Akteurinnen und Beobachtern (Jones & Nisbett, 1971, zit. nach Brehm, 1976). Auch diese Theorie beschreibt eine Tendenz zur dispositionalen Attribution, in dem die Ursache für die beobachteten Ereignisse in der betreffenden Person, also im Fall der aktuellen Untersuchung aus Sicht der Eltern bei den Kindern liegt. Die Theorie besagt, dass Akteurinnen dazu tendieren, eigene Handlungen mit situationsbedingten Einflüssen zu erklären, während Beobachterinnen dazu tendieren, die Handlungen einer Akteurin mit Faktoren, die in ihrer Person liegen, zu erklären. U. a. wird dies damit erklärt, dass Akteurinnen Zugang zu Informationen haben, die Beobachter nicht haben und die Aufmerksamkeit der Handelnden mehr auf die Außenwelt fokussiert ist, die aber für den Beobachter auch gleichzeitig die Person, die handelt darstellt. Auch der fundamentale Attributionsfehler, der von Ross (1977, zit.

nach Meyer & Försterling, 1993) beschrieben wurde besagt, dass Beobachter Personenattributionen im Gegensatz zu Attributionen auf die Umstände oder die Entitäten bevorzugen. Auch dieser fundamentale Attributionsfehler beinhaltet erhebliche Implikationen für Störungsmodelle und deren Auswirkung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung.

Dass es allerdings auch andere Faktoren gibt, die Attributionen beeinflussen, zeigt z.B. die Untersuchung von White und Barrowclough (1998). Hier wurde festgestellt, dass depressive Mütter mehr spontane Kausalattributionen über das Problemverhalten ihrer Kinder vornahmen als nicht depressive. Die depressiven Mütter tendierten dazu, mehr stabile, die Kontrolle des Problemverhaltens betonende und dispositionale Attributionen vorzunehmen, als die nicht depressiven Mütter. Die depressiven Mütter nahmen darüber hinaus auch mehr interne Attributionen in dem Sinne vor, dass sie sich stärker als den Grund für die Probleme ihrer Kinder sahen als nicht depressive Mütter. Zwar lässt sich in der Untersuchung nicht die Verursachungsrichtung feststellen, trotzdem wird hier deutlich, dass die Art der vorgenommenen Attributionen sich je nach psychischem Status bzw. auch Psychopathologie unterscheiden kann. Darüber hinaus wird in der Untersuchung das generelle Ergebnis der Attributionsforschung in diesem Bereich referiert, das in Familien mit schwierigen Kindern die Eltern das kindliche Fehlverhalten mit stabilen internalen Dispositionen erklären. Auch bei Kindern führt eine depressive Symptomatik offensichtlich zu charakteristischen Veränderungen in der Ursachensuche für erlebte Ereignisse. In einer Untersuchung von Meyer, Dyck und Petrinack (1989) zeigte sich, dass depressive Kinder ihr Versagen in einer Leistungsaufgabe mit einer fehlenden Fähigkeit und nicht depressive Kinder mit anderen Faktoren erklärten. Beide beschriebenen Studien legen nahe, dass sich Attributionen bei depressiven Erkrankungen sowohl bei Müttern als auch bei Kindern in charakteristischer Weise verändern. Dies dürfte sich auch auf die Interaktion und die Familienatmosphäre auswirken und zumindest zu Beginn einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung relevant für die Analyse von Störungsmodellen sein.

## 2.2 Attributionale Theorien

Attributionale Theorien im Gegensatz zu den Attributionstheorien befassen sich mit den Konsequenzen von Attributionen auf Motivation, Emotion und Verhalten (Försterling, 1986). Während sich Attributionstheorien mit den grundsätzlichen Voraussetzungen von Ursachenzuschreibung im Rahmen von alltäglichen Ereignissen und allgemeingültigen Urteilsverzerrungen beschäftigen (z.B. Kelley, 1967; Jones & Nisbett, 1971), beschäftigen sich attri-

butionale Theorien (z.B. Weiner, 2006) mit motivationalen Aspekten und ermöglichen durch ihren Einbezug von Emotionen (Försterling, 1986) eine Brücke zur klinischen Psychologie und zu psychischen Erkrankungen und abweichendem Verhalten. Ein umfangreiches Forschungsprogramm hierzu hat Weiner (2006) in seiner Monographie „Social motivation, justice and the moral emotions“ vorgelegt. Weiner entwickelt seinen Ansatz zur Attribution in Bezug auf die Ursachendimensionen der Kontrollierbarkeit. Er geht davon aus, dass die Kontrollierbarkeit in vielen Ansätzen durch die Dimension des Ortes der Kontrolle konfundiert ist und logisch von diesem zu trennen sei. Der Ort der Kontrolle, die Kontrollierbarkeit und Stabilität und vielleicht noch Globalität seien die einzigen replizierbaren Eigenschaften von Ursachenzuschreibung. Aber auch in den attributionalen Theorien, so wie z.B. von Weiner vertreten, wird nur ein spezifischer Ausschnitt aus dem komplexen Wirkungsgefüge von diversen Phänomenen und Ursachen betrachtet. In einer mehr zirkulären, systemtheoretischen Perspektive (z. B. Schneewind & Schmidt, 2002) kann man argumentieren, dass die Auswirkungen der Attributionen, die mit diesem Ansatz untersucht werden, insbesondere die motivationalen Auswirkungen wiederum eine Rückwirkung auf die Attributionen haben. Zwar gibt es einige Ansätze, z. B. zur Forschung der Verhaltensbestätigung (z.B. Snyder & Haugen, 1994), die diesen zirkulären Aspekt mehr mit einbeziehen, häufig ist allerdings, wenn man komplexe Phänomene wie psychische Erkrankungen und Kommunikation in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen betrachtet, eine Vereinfachung zu finden, die allerdings eine hohe experimentelle Genauigkeit ermöglicht (z.B. Chan, 2012).

Neben der Kontrollierbarkeit ist eine zentrale Annahme, die Weiner (2006) mit einbezieht, dass Anstrengung und Fähigkeit in einem kompensatorischen Verhältnis zueinander stehen. Försterling (1986) weist darauf hin, dass diesen Aspekt Kelley (1972), der die Ursachenanalyse von Beurteilern in Analogie zur Varianzanalyse (Försterling, 1986) konzipiert hat, betont hat. Weiner geht nun davon aus, dass die Dimension der Kontrollierbarkeit, die Frage also, inwieweit die Person auch hätte anders handeln können, gemeinsam mit der Beurteilung der Handlungsabsicht zu Urteilen bezüglich der Verantwortlichkeit für eine beobachtbare Handlung beiträgt. Eine volle Verantwortlichkeit für eine Handlung sei dann gegeben, wenn internale und kontrollierbare Ursachen, eine Intention und die Abwesenheit von mildernden Umständen festgestellt werden können. Eine weitere Annahme die Weiner (2006) dabei macht besagt, dass es eine zeitliche Abfolge von Denken und Handeln gibt, bei der kausale Kognitionen Schlüsse über die Verantwortlichkeit der beobachteten Personen hervorbringen, die dann die Reaktionen darauf mitbestimmen. Dabei bezieht Weiner allerdings auch

Emotionen als motivationalen Aspekt mit ein, die zwischen den Gedanken und der Handlung vermitteln.

Unter dem Stichwort „a more complete theory of social behavior“ beschreibt Weiner (2006) zwei alternative Kognitions-Emotions-Handlungsstränge. Ausgangspunkt von dem einen Handlungsstrang ist der Misserfolg einer Person bei einer Leistungsanforderung. Ein Mangel an Anstrengung als Ursache wird von der beurteilenden Person als kontrollierbar eingeschätzt und der Person damit Verantwortung zugewiesen. Daraus folgt die Emotion Ärger und eine bestrafende Handlung. In dem alternativen Handlungsstrang geht er vom Beispiel einer Alzheimer-Erkrankung aus, die als genetisch oder zumindest biologisch eingestuft wird und damit unkontrollierbar ist. Es wird keine Verantwortungszuschreibung vorgenommen, woraus ein positiver Affekt entsteht und als Handlung Hilfeleistung folgt. Weiner (2006) geht von einer Tiefenstruktur oder universalen Sprache von durch Motivation beeinflussten Handlungen aus, die vom Denken über das Fühlen zur Handlung voranschreitet. Dabei sei die Kognition eine distale und die Emotion eine proximale Determinante der Handlung. Diese Theorie hat verschiedene Konsequenzen, die von unterschiedlichen Autoren zur attributionalen Forschung untersucht wurden.

Weiner beschreibt die Emotion Ärger oder Wut in diesem Zusammenhang als ein Werturteil, das der Überzeugung folge, dass diese Person auch hätte anders handeln können. Er untermauert diese theoretischen Annahmen mit unterschiedlichsten Einzeluntersuchungen von diversen Autorinnen, die hier nicht näher beleuchtet werden können. Er stellt einen Zusammenhang zu dem Konzept der „Expressed Emotions“<sup>1</sup> (z.B. Barrowclough, Johnston & Tarrier, 1994) her, das sich mit der Auswirkung negativer Emotionen wie Ärger oder Wut von Angehörigen auf die Rückfallhäufigkeit bei erkrankten Familienmitgliedern beschäftigt. Dieser Zusammenhang ist auch für die vorliegende Untersuchung relevant. Wenn über die Zuschreibung von Verantwortung für abweichendes Verhalten negative Emotionen erzeugt werden können, die psychische Erkrankungen, wie im Expressed-Emotions-Konzept nahegelegt, chronifizieren, könnte die Analyse der Dimension der Kontrollierbarkeit in den Störungsmodellen der Beteiligten Aufschluss über aufrechterhaltende Bedingungen für Erkrankungen im Kommunikationsprozess geben. Passend dazu ist, dass das Expressed-Emotions-Konzept ein Konzept ist, was sich explizit auf die Kommunikation, also auf ausgedrückte Emotionen im Kommunikationsprozess bezieht (Leff & Vaughn, 1985).

---

<sup>1</sup> negativer Gefühlsausdruck

Eine weitere Auswirkung dieser Zusammenhänge, die für die vorliegende Untersuchung höchst relevant ist, ist für die Bereiche Belohnung und Bestrafung sowie Hilfeverhalten festzustellen. Weiner (2006) analysiert die experimentelle Literatur zu diesem Thema (z. B. Weiner, Graham, Stern & Lawson, 1982 zit. nach Weiner, 2006) in Einklang mit seinem Modell dahingehend, dass Belohnung und Bestrafung, aber auch Hilfeverhalten gegenüber Kindern aber auch Erwachsenen ganz bestimmte Ursachenzuschreibungen für das eigene Verhalten nahelegen. Dies hat mit dem kompensatorischen Verhältnis von Fähigkeit und Anstrengung zu tun. Werden Kinder für ein Fehlverhalten bestraft oder in irgendeiner Form durch negative Emotionen sanktioniert, wird die Selbstattribution mangelnder Leistung und nicht mangelnder Fähigkeit nahegelegt. Es wird die Botschaft transportiert, dass das Kind Erfolg gehabt hätte, hätte es sich nur mehr angestrengt. Es wird also prinzipiell dem Kind nahegelegt, dass die Erwachsene an seine Fähigkeit glaubt. Umgekehrt im Falle von Verständnis und Mitgefühl im Rahmen eines Misserfolgs des Kindes wird die Selbstattribution einer mangelnden Fähigkeit nahegelegt, da von einer mangelnden Kontrollierbarkeit der Handlung und damit auch von einer geringen Verantwortungszumessung ausgegangen wird. Folgt nun aus dem Verständnis ein Hilfeverhalten, so gilt der gleiche Zusammenhang. Die Hilfe wird vom Kind als Überzeugung des Erwachsenen interpretiert, dass seine Fähigkeiten nicht ausreichen, um die geforderte Leistung zu erbringen (Weiner, 2006).

Diese Ergebnisse können dazu beitragen, die Rolle von Störungsmodellen im Kommunikationsprozess bei der Aufrechterhaltung oder auch Chronifizierung einer klinischen Symptomatik oder auch eines abweichenden Verhaltens näher aufzuklären. Da vermutlich ein wichtiger Teil der Aufgabe von Eltern ist, das eigene Kind in der Bewältigung von Anforderungen zu unterstützen, könnte das Ausmaß des Verständnisses für die Schwierigkeiten des Kindes eine Quelle von stabilen und internalen Überzeugungen für negatives Verhalten sein und wiederum über den Kommunikationsprozess die Symptomatik stabilisieren.

### **2.2.1 Zusammenhänge von Attributionen zwischen Eltern und Kindern sowie Verhaltensauffälligkeiten**

In der Untersuchung von Corcoran und Ivery (2004) wurden die Attributionsmuster von Eltern und Kindern, die an einer lösungsorientierten Therapie teilnahmen, untersucht und deren Zusammenhang mit dem Therapieverlauf analysiert. Dabei wurde festgestellt, dass die Kinder, die im Durchschnitt zehn Jahre alt waren, positives Verhalten auf internale, spezifische und vorübergehende Ursachen zurückführten. Negatives Verhalten führten nur Kinder, die in der Folge einen positiven Therapieverlauf durchmachten, auf externale, spezifische

sche Ursachen zurück. Es zeigte sich allerdings auch, dass die Eltern deutlich mehr Attributionen für negatives Verhalten als für positives Verhalten vornahmen. Dabei sahen alle Eltern die Verantwortung für das Problemverhalten der Kinder mehr bei den Kindern. Allerdings nur die Eltern mit einem in der Folge positiven Therapieverlauf sahen mehr spezifische und vorübergehende Gründe für das Problemverhalten ihrer Kinder im Gegenteil zu den Eltern in den nicht erfolgreichen Therapieverläufen, die Problemverhaltensweisen auf internale, globale und dauerhafte Ursachen zurückführten.

Es kann hier gefolgert werden, dass die Art der Kausalattributionen zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Therapieverläufen differenziert und einen gewissen Vorhersagewert hat. Für die vorliegende Untersuchung ist allerdings auch das Ergebnis interessant, dass Eltern mehr Attributionen für Problemverhaltensweisen als für positive Verhaltensweisen vornehmen. Dies ist konsistent mit der Modellüberlegung, dass das Problemverhalten der Kinder einen verstörenden Effekt auf die Eltern hat und im verstärkten Maße Suchprozesse auslöst, um die Auffälligkeiten einzuordnen und entsprechend reagieren zu können.

In einer mehr interaktionsorientierten Untersuchung analysierten Hokoda und Fincham (1995) die Interaktion von Eltern und Kindern bei lösbaren und unlösbaren Aufgaben. Die Kinder wurden zuvor in eine leistungsorientierte und in eine hilfloskeitsorientierte Gruppe eingeteilt. Die Analyse ergab, dass die Mütter der leistungsorientierten Kinder sensibler in Bezug auf die Fähigkeitseinschätzung der Kinder und selbstwertrelevante Kognitionen waren und dazu tendierten, mehr Attributionen bezüglich hoher Fähigkeiten ihrer Kinder vorzunehmen als die Mütter der Kinder in der Hilfloskeitsgruppe. Es wird also ein Zusammenhang zwischen dem durch Attributionen vermittelten Leistungsverhalten von Kindern und den Attributionen der Mütter herausgestellt. Auch hier ist die Implikation für die Rolle von Störungsmodellen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung vorhanden. Vor dem Hintergrund dieser Untersuchung kann angenommen werden, dass die Störungsmodelle die auch Attributionen beinhalten, einen deutlichen Einfluss auf die krankheitsbezogenen Selbsteinschätzungen der Kinder haben und damit den Verlauf der Erkrankung moderieren können.

Unterschiede fanden sich auch bezüglich der Affektivität und des Hilfeverhaltens der Mütter. Im Falle von Misserfolgen zeigten die Mütter der Kinder in der Hilfloskeitsgruppe weniger positive Affekte und versagten dabei, ihre Kinder mit aufgabenfokussierenden Statements zu unterstützen. Auf Attributionen, die negative Fähigkeitsaussagen beinhalteten, reagierten die Mütter der Kinder in der Hilfloskeitsgruppe eher ignorierend, während die

Mütter der Kinder, die leistungsorientiert waren, ihre Kinder aufmunterten und deren negativen Fähigkeitseinschätzungen widersprachen.

In einer Untersuchung von Andrade, Waschbusch, Doucet, King, MacKinnon et al. (2012), in der die soziale Informationsverarbeitung anhand der Beurteilung von Fallvignetten durch Kinder mit ADHS und einer Kontrollgruppe untersucht wurde, in die auch Attributionsinformationen einfließen, wurde festgestellt, dass Kinder die unter einem Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom litten, weniger soziale Reize in ihren Urteilen berücksichtigten und ihre Attributionen stärker an vorgefassten Meinungen und weniger an den Daten ausrichteten. Andrade et al. (2012) gingen dabei von einem komplexen Modell der sozialen Informationsverarbeitung aus, das von Dodge, Pettit, McClasky und Brown (1986, zit. nach Andrade et al., 2012) vorgestellt wurde und annimmt, dass die soziale Informationsverarbeitung in sechs Schritten geschieht. Im ersten Schritt werden externale und internale Reize kodiert, im zweiten Schritt finden Attributionen des eigenen und des Verhaltens der anderen statt, im dritten Schritt werden Ziele geklärt, im vierten Schritt werden mögliche Reaktionen generiert, im fünften Schritt eine Entscheidung bezüglich dieser Reaktionen getroffen, die dann im sechsten Schritt ausgeführt wird. Die Kinder in der ADHS-Gruppe hatten darüber hinaus Schwierigkeiten, positive Handlungsergebnisse in ihren Attributionen zu berücksichtigen. Diese Schwäche in der sozialen Informationsverarbeitung, so wie sie in der Untersuchung von Andrade et al. (2012) beschrieben wird, könnte auch für die Störungsmodelle von Kindern in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung relevant sein, da es sich auch um Kinder, die eine ADHS-Diagnose schon im Vorfeld erhalten haben, handelt.

Dass Attributionen auch den Verlauf einer Krankheit bzw. die Rückfallrate beeinflussen können zeigt eine Untersuchung von Barrowclough, Johnston und Tarrier (1994), die den Zusammenhang von negativem Emotionsausdruck, Attributionen und Rückfallraten bei Patienten mit einer diagnostizierten Schizophrenie untersuchten. Sie stellten zum einen fest, dass Angehörige mit einem hohen Anteil ausgedrückter negativer Emotionen gegenüber ihrem erkrankten Familienangehörigen grundsätzlich dazu tendierten, mehr Attributionen über die Erkrankung vorzunehmen als die Familienangehörigen, die weniger negative Emotionen ausdrückten. Es zeigte sich darüber hinaus, dass Angehörige mit einem hohen Maß an negativem Emotionsausdruck Vorkommnisse in Bezug auf die Erkrankung stärker internal auf das erkrankte Familienmitglied bezogen attribuierten als die übrigen Angehörigen. Es wurden aus der Gruppe der Personen mit einem hohen Maß an negativem Emotionsausdruck<sup>2</sup> die Perso-

---

<sup>2</sup> Übersetzung des Begriffs "expressed emotions"

nen, die überinvolviert waren, herausgenommen. Es zeigte sich, dass die Schwierigkeiten der erkrankten Familienmitglieder in der verbleibenden Gruppe mit hauptsächlich internalen und kontrollierbaren Ursachenzuschreibungen analysiert wurden. Dies ist im Übrigen auch mit dem Modell Weiners (2006) in Übereinstimmung, der ebenfalls für die Reaktion auf ein wahrgenommenes Versagen die Ursachendimension der Kontrollierbarkeit als zentral betonte. Die Folgerung, welche die Autoren dabei nahelegen ist, dass die Überzeugung, die Gründe für das Problem würden bei der Patientin liegen, sie also das Problem kontrollieren könne, dazu führt, dass die Angehörigen besonders viel Mühe investieren, um das erkrankte Familienmitglied zu überzeugen und zu normalisieren. Dies wäre allerdings ein erheblicher Stressor für die Patienten. Ein weiteres interessantes Ergebnis dieser Untersuchung ist, dass die Attributionen die Rückfallraten besser erklärten als das Ausmaß an negativem Emotionsausdruck. Dies weist auf die Bedeutung der Ursachenzuschreibungen für den Krankheitsverlauf zumindest bei Patienten mit einer diagnostizierten Schizophrenie hin, wobei diese Attributionen auch Teil der von den Familienmitgliedern geäußerten Störungsmodelle sind. Darüber hinaus dürfte die Tendenz einer internalen Attribution mit hoher angenommener Kontrollierbarkeit der Problematik zu Schuldgefühlen auf Seiten des Patienten beitragen und beim Andauern der Symptomatik auch zu dem fortgesetzten Gefühl, etwas falsch zu machen, führen. Diese Schuldgefühle können dann eine spezifische Interaktionsdynamik auslösen, in der mit Gegenanschuldigungen im Rahmen einer Eskalationsdynamik geantwortet werden kann.

Weiner (2006) diskutiert diese Frage in Bezug auf das Konzept des negativen Emotionsausdrucks im Detail. So betont er, dass eine Attribution mangelnder Kontrollierbarkeit wie sie in der Untersuchung von Barrowclough, Johnston und Tarrier (1994) für die Gruppe mit niedrigen negativen Emotionsausdrucks-Werten gefunden wurde, auch Risiken beinhaltet. Eine verständnisvolle Reaktion auf ein wahrgenommenes Versagen transportiert Ursachenvorstellungen, die von der Patientin so entschlüsselt werden, dass sie den Eindruck hat, dass die Familienmitglieder nicht an ihre Fähigkeiten glauben. Weiner (2006) plädiert für einen Mittelweg. Er legt nahe, dass tatsächlich unkontrollierbare Symptome als unkontrollierbar und Verhaltensweisen, die durch den Willen des Patienten beeinflusst werden können, als kontrollierbar attribuiert werden.

Dass Attributionen einen Erklärungswert für die Qualität der Partnerbeziehung haben, zeigen Fincham und Bredbury (1993) in einer Langzeitstudie, in der Attributionen für hypothetische negative Ereignisse in der Partnerschaft über die drei Dimensionen „Ort der Kontrolle“, „Stabilität“ und „Globalität“ erhoben wurden. Dabei zeigte sich sowohl für die Män-



ner als auch für die Frauen ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Ort der Kontrolle und der ein Jahr später geäußerten Partnerschaftszufriedenheit. Je mehr die Partner dazu tendierten, für negative Partnerschaftsereignisse interne Attributionen vorzunehmen, umso stärker war die spätere Partnerschaftszufriedenheit in Gefahr. Die Art der Attribution stellt hier also einen spezifischen Risikofaktor für Partnerschaftsschwierigkeiten dar. Dabei wurden Depressions- und Selbstwertmaße kontrolliert, so dass die Attributionen unabhängig von einer depressiven Tendenz der Partner als ein stabiler Vorhersagefaktor angesehen werden kann.

### **2.2.2 Das Konzept der Hoffnungslosigkeitstheorie der Depression (Abramson, Alloy & Metalsky, 1989)**

In ihrer Revision der 1978 neu formulierten Theorie der Hilflosigkeit und der Depression gehen Abramson, Seligmann und Tistale (1978, zit. nach Abramson, Alloy & Metalsky, 1989) von einem erweiterten Modell der Depression aus, das neben der Rolle der Attributionen auch die Einschätzung der Folgen negativer Lebensereignisse und der Rolle selbstwertbezogener Folgerungen mit einbezieht. In ihrer Analyse des Forschungsstands stellen sie eine Reihe von distalen und proximalen Ursachen in den Zusammenhang mit den Symptomen einer Hoffnungslosigkeitsdepression. Hoffnungslosigkeit wird dabei durch negative Erwartungen bezüglich wichtiger Ereignisse und Erwartungen eigener Hilflosigkeit bezüglich der Wahrscheinlichkeit, diese negativen Ereignisse abzuwenden, spezifiziert. In diesem Zusammenhang wird im Gegensatz zur früheren Version der Theorie Hilflosigkeit als eine notwendige Komponente der Hoffnungslosigkeit angesehen. Es wird davon ausgegangen, dass eine Hoffnungslosigkeitsdepression wahrscheinlicher ist, wenn negative Lebensereignisse als stabil, global und wichtig wahrgenommen werden.

Ein weiterer Punkt, der als Voraussetzung für eine erlebte Hoffnungslosigkeit benannt wird, ist das Ausmaß an abgeleiteten negativen Konsequenzen eines negativen Lebensereignisses, wenn die Konsequenzen als wichtig von der betroffenen Person angesehen werden.

Auch aus der Verarbeitung des negativen Lebensereignisses abgeleitete negative Eigenschaften des Selbst werden als proximale Ursache für erlebte Hoffnungslosigkeit und für die darauf basierende Hoffnungslosigkeitsdepression thematisiert. Als eher distale Ursachen werden individuelle Unterschiede in Attributionsstilen, wie z. B. eine generelle Tendenz, negative Lebensereignisse durch stabile und globale Ursachen zu erklären, beschrieben.

Der Erklärungswert der Hoffnungslosigkeitstheorie der Depression für die Rolle von Störungsmodellen im kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsverlauf liegt dabei auf

der Hand. Sie transportieren u. a. die Informationen, die als Basis für eine Hoffnungslosigkeitsdepression dienen können. In dem Zusammenhang wäre die Frage interessant, wie die Interaktion im Rahmen mit der Erkrankung, an der neben den Eltern und den Kindern auch Fachleute beteiligt sind, attributionale Schlüsse, allerdings auch Schlüsse über negative Charakteristiken der eigenen Person und auch Schlüsse über negative Auswirkungen eines Lebensereignisses fördern können.

Einen Zusammenhang zwischen Attributionen und depressiven Symptomen wurde z.B. auch in einer Untersuchung von Meyer, Dyck und Petrinack (1989) festgestellt. In dieser Untersuchung wurden depressive und nicht depressive Fünft- und Sechstklässlerinnen mit einer Aufgabe konfrontiert und im Vorfeld zu ihren Leistungserwartungen im Vergleich zu Gleichaltrigen und zu ihren kausalen Erklärungen für ihre Leistungen in lösbaren und unlösbaren Aufgaben befragt. Es zeigte sich, dass die Gruppe der als depressiv eingeschätzten Kinder geringere Erwartungen und Bewertungen ihrer eigenen Leistungsfähigkeit zeigten und sich konsistent negativer bewerteten als die nicht depressive Gruppe, trotzdem sie ähnliche Leistungen erbrachten. Sie tendierten also dazu, die tatsächlichen Ereignisse negativer zu interpretieren. Die Autorinnen fanden darüber hinaus heraus, dass die Attributionen für Misserfolg zwischen den Gruppen differenzierten, allerdings nicht die Attributionen für Erfolg. Auch in dieser Untersuchung bestätigt sich also der Zusammenhang zwischen Attributionen, die auch Teil von komplexeren Störungsmodellen sein können und der Entwicklung von psychopathologisch relevanten Symptomen bei Kindern. Die Tatsache, dass die depressiven Kinder mehr ihren wahrgenommenen Misserfolg mit mangelnder Fähigkeit erklärten als die nicht depressiven Kinder, also mit internalen und stabilen Ursachen, ist auch für die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bedeutsam.

In einer anderen Untersuchung, die sich mit dem reformulierten Modell der erlernten Hilflosigkeit (Abramson, Seligmann & Teasdale, 1978) beschäftigt, wurde der Zusammenhang von Attributionsstilen und Copingstrategien mit dem Ausmaß der gemessenen Depressivität untersucht (Chan, 2012). Es zeigte sich, dass sowohl die Attributionsstile der betroffenen Kinder als auch deren Copingstrategien einen signifikanten Vorhersagewert für die gemessene Depressivität hatten. In der Gruppe der Kinder und Jugendlichen, die als dysphorisch eingeschätzt wurden, hatten die Attributionsstile und die Copingstrategien einen direkten Einfluss auf die gemessene Depressivität. Für alle Teilnehmerinnen der Untersuchung ergab sich eine hohe Vorhersagekraft der Kausaldimension Globalität für depressive Symptome. Zwar sind die Ergebnisse dieser Untersuchung nicht in vollem Einklang mit der Theorie der erlern-

ten Hilflosigkeit, unterstreichen aber trotzdem die Rolle von Attributionen, aber auch die Rolle von Copingstrategien wie z.B. die Suche nach sozialer Unterstützung für die Entwicklung depressiver Symptome bei Kindern.

### 2.2.3 Zirkuläre Prozesse

Ein Problem der bisher vorgestellten Untersuchung zur Attribution und deren Auswirkung auf Interaktionen ist, dass in der Regel eine Abfolge von Sequenzen angenommen wird, sei es eine Gedanken- Emotion- Verhaltenssequenz wie bei Weiner (2006) oder komplexere Sequenzen wie in dem Hoffnungslosigkeitsmodell von Abramson, Metalsky und Alloy (1993). Dabei findet quasi ein „Einfrieren“ komplexer Interaktions- und Kommunikationssequenzen zwischen Eltern, Kindern und anderen Erwachsenen statt, das es dann erlaubt, mit ausreichender experimenteller Genauigkeit die Zusammenhänge zwischen den Variablen zu untersuchen. In der hier vorgelegten Untersuchung zu der Auswirkung von Störungsmodellen auf die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung wird aber von Kommunikationsprozessen mit hoher Komplexität ausgegangen, in denen Störungsmodelle nonverbal und verbal hin und her kommuniziert werden. Diese Zirkularität, die auch schon im Self-fulfilling Prophecy-Konzept (Merton, 1948) behandelt wurde, wird in einer Untersuchung von Bugental und Shennum (1984) mit in Rechnung gestellt. Bei diesem experimentellen Vorgehen werden Kinder im Grundschulalter fremden Müttern zugeteilt und ihre Interaktionen auf Video aufgezeichnet und analysiert. Die Mütter unterschieden sich dabei in ihren Kausalüberzeugungen, was die Interaktionen mit den Kindern angeht. So unterschieden die Mütter sich auf der Dimension selbst wahrgenommener Effektivität als Erziehungsperson und auf der Dimension den Kindern zugetrauter Wirksamkeit. Die Kinder hingegen unterschieden sich bezüglich ihrer Reaktivität und Selbstsicherheit. Besonders aussagekräftig macht die Untersuchung, dass nicht nur verbales sondern auch nonverbales Verhalten kodiert wurde.

Es zeigten sich zirkuläre Verursachungsmuster, bei denen das kindliche Verhalten in Abhängigkeit von der Reaktivität und der Selbstsicherheit einen Einfluss auf das Verhalten der Erwachsenen hatte, die wiederum die Kinder beeinflussten. Dabei wurden zwei unabhängige Feedbackschleifen festgestellt. In der einen Feedbackschleife wirkten sich die mütterlichen Attributionen bezüglich ihrer eigenen Wirksamkeit als Erzieherinnen auf die Reaktivität des Kindes in der Interaktion aus, was sich wiederum auf das Verhalten der Erwachsenen auswirkte. In der zweiten Feedbackschleife wirkten sich mütterliche Attributionen bezüglich der wahrgenommenen allgemeinen, sozialen Wirksamkeit von Kindern auf die Selbstsicherheit des Kindes aus, die wiederum das Verhalten der Mütter beeinflusste. Attributionen hatten

in dieser Untersuchung die Wirkung von Filtern, die die Erwachsenen für bestimmtes Verhalten des Kindes sensibel machten und dann zu den beschriebenen Feedbackschleifen führten. Die Reaktivität der Kinder hatte in Abhängigkeit von eigener wahrgenommener sozialer Wirksamkeit einen selektiven Effekt auf die Erwachsenen. Das heißt, Mütter mit einer geringen subjektiven Wirksamkeit als Erziehungsperson reagierten in Abhängigkeit von der kindlichen Reaktivität unterschiedlich auf die Kinder.

Darüber hinaus verhielt es sich so, dass die Erwachsenen, die dem Kind soziale Wirksamkeit zubilligten, auf die Kinder je nach wahrgenommener Selbstsicherheit des Kindes unterschiedlich reagierten. In beiden Feedbackschleifen führten die Interaktionssequenzen dazu, dass die schon vorher vorhandenen kausalen Überzeugungen der Erwachsenen aufrecht erhalten blieben.

Eine weitere Untersuchung von Bugental (1993) erforschte ebenfalls interaktionelle Aspekte des Attributionsprozesses. Dabei stand allerdings die Frage im Mittelpunkt, wie in asymmetrischen Beziehungen, hier die Eltern-Kind-Beziehung, gemeinsame Handlungsergebnisse kausal analysiert werden. Konkret geht es um die Frage, wieviel Kontrolle für positive und negative Handlungsergebnisse der handelnden Person und wieviel Kontrolle dem Kind zugebilligt wird. Bugental (1993) fasst dabei diese Attributionen als Teile von Schemata, die beziehungsrelevante Handlungsoptionen beinhalten. Bugental (1993) weist darauf hin, dass die Wirkung des einen in einer Beziehung immer von den Handlungen und Reaktionen des anderen abhängt. Auch in dieser Untersuchung von Bugental wird die Reziprozität der Interaktion, also auch deren Zirkularität berücksichtigt. Sie stellt in Zusammenfassung ihrer bisherigen experimentellen Befunde ein Modell vor, das die Aktivierung eines Bedrohungsschemas auf Seiten der Erwachsenen für den Fall, dass die Interaktion mit dem Kind als schwierig wahrgenommen wird annimmt, wenn dieser sich als wenig sozial wirksam einschätzt. Das Modell sagt eine anfänglich auf Einschmeichelung ausgelegte Strategie des Erwachsenen voraus, die im Falle eines Scheiterns die wahrgenommene Bedrohung bestätigt und zur Mobilisierung eines defensiven Automatismus führt, aus dem heraus es auch zu Zwang und Übergriffen auf das Kind kommen kann. Dies wird durch das Ansteigen negativer Gedanken und einen eskalierenden Gebrauch von Sanktionen vermittelt. Solche defensiven Schemata von Erwachsenen in Erziehungsfunktionen, die kognitive, emotionale und Verhaltenskomponenten miteinander verknüpfen, könnten auch in den Störungsmodellen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung zu finden sein, wenn es um negative Interaktionskreisläufe mit zunehmenden Sanktionen und Abwertungen geht.

## **2.2.4 Die Alltagskonzept-Theorie der Erklärung von Verhalten (Malle, 2011)**

Malle (2011) untersuchte u. a. auch mit nicht-experimentellen Methoden, wie Menschen Alltagsereignisse attribuieren und entwickelte eine Theorie alltäglicher Erklärungen von menschlichem Verhalten. Dabei ging er davon aus, dass die Schriften Heiders missinterpretiert wurden und Heider keine Differenzierung von internaler und externaler Attribution für den Bereich des intentionalen Verhaltens vorgesehen hatte. Intentionales Verhalten ist nach Malle immer internal attribuiert, da es durch die Person, die die Intention fasst, verursacht ist. Aus Malles Sicht geben herkömmliche Attributionsansätze, wie z.B. der in Analogie zu Varianzanalyse formulierte Ansatz Kelleys (1967, zit. Nach Malle, 2011) keinen Aufschluss über die Gründe und Motive, warum sich eine Person verhält, wie sie sich verhält. Die Theorie gebe keine Informationen über den tatsächlichen Gebrauch von Verhaltenserklärungen („folk explanations of behavior“). Der Ansatz Kelleys eigne sich nur für die Erklärung von nicht-intentionalem Verhalten. Alltägliche Erklärungen von intentionalem Verhalten werden in diesem Ansatz auf der Basis spontaner Äußerungen von Versuchspersonen mit Gründen in Verbindung gebracht, die eine subjektive Komponente, nämlich den Wunsch ein bestimmtes Ergebnis zu erzielen und eine objektive Komponente, die Überzeugung dass eine bestimmte Handlung ein bestimmtes Ergebnis erbringt, beinhalten. Manchmal würden auch Annahmen über Hintergründe des Verhaltens („enabling factor explanations“) gemacht.

## **2.3 Verhaltensbestätigung**

In einem sehr kritischen Artikel beleuchtet Maddux (1993) das therapeutische Setting aus sozialpsychologischer Sicht und hebt dabei auch die Rolle der Bestätigung von Erwartungen im Kommunikationsprozess durch das Verhalten des Gegenübers hervor. Dieser als sich selbst erfüllende Prophezeiung bekannte Mechanismus (Merton, 1948) beschreibt das Phänomen, dass Menschen, die das erste Mal einer anderen Person begegnen, in ihrer Eindrucksbildung durch sichtbare und leicht zu unterscheidende Merkmale wie Geschlecht, Ethnie oder physische Attraktivität beeinflusst werden und dabei mit diesen Merkmalen verbundene spezifische Erwartungen ausbilden. Diese Erwartungen dienen im weiteren Verlauf der Eindrucksbildung als eine Art Leitfaden in der Interaktion und führen zu einem diese Erwartungen bestätigenden Verhalten auf Seiten der Interaktionspartnerin. Dieses induzierte Verhalten kann dann sogar in das Selbstkonzept der Interaktionspartnerin integriert werden.

In zwei Untersuchungen beleuchteten Snyder und Haugen (1994, 1995) die motivationale Basis für diesen Mechanismus auf Seiten der wahrnehmenden, ein bestimmtes Verhalten

erwartenden Person und auch auf Seiten der Zielperson, die sich konsistent mit den Erwartungen der anderen Person verhält. Dabei ließen sie männliche mit weiblichen Versuchspersonen telefonieren. Diese wurden in dem Glauben gelassen, dass ihr Gegenüber entweder normalgewichtig oder übergewichtig ist, ohne dass dies jedoch tatsächlich zutraf. Die wahrnehmenden Personen erhielten entweder die Anweisung, einfach nur Konversation auszuüben, oder sich ein möglichst genaues Bild von ihrem Gegenüber zu machen, oder aber eine möglichst nette, entspannte Konversation zu führen. Es zeigte sich allerdings, dass die weiblichen Versuchspersonen sich nur dann entsprechend der Erwartung ihres Gegenübers verhielten, wenn dieses die Instruktion, sich einen möglichst genauen Eindruck von dem Interaktionspartner zu machen, erhielt. Im Falle einer einfachen Konversation oder auch im Fall einer möglichst netten Konversation zeigte sich kein Effekt der Bestätigung der Erwartung des Gegenübers.

Mit dem gleichen Versuchsaufbau wurde die motivationale Basis auf Seiten der die Erwartung ihres Gegenüber bestätigenden Personen, der weiblichen Versuchspersonen, die entweder für übergewichtig oder normalgewichtig gehalten wurden, untersucht (Snyder & Haugen, 1995). Während die wahrnehmenden Personen Instruktionen erhielten, sich einen möglichst genauen Eindruck von ihrer Zielperson zu machen, erhielten die Zielpersonen entweder keine Instruktionen, die Instruktion, sich ein genauen Eindruck ihres Gegenübers zu machen oder die Instruktion, möglichst nett mit dem Gegenüber zu plaudern. Dabei zeigte sich, dass Zielpersonen, die die Instruktion sich einen genauen Eindruck ihres Gegenübers zu machen erhielten, sich nicht entsprechend der Erwartungen ihres Gegenübers verhielten. In den beiden anderen Bedingungen trat allerdings der Effekt der Erwartungsbestätigung durch das Verhalten der Zielperson ein. So verhielten sich die weiblichen Versuchspersonen in diesen Bedingungen entsprechend dem der wahrnehmenden Person aktivierten Stereotyp signifikant weniger gemocht. Snyder und Haugen (1994, 1995) erklären die Ergebnisse damit, dass unter der Bedingung der Instruktion der Eindrucksbildung auf Seiten der wahrnehmenden Personen Stereotype aktiviert werden, die dann bei der Zielperson zu einer Erwartungsbestätigung führen, wenn diese an einer netten, harmonischen Interaktion interessiert ist, also eine Anpassungsmotivation hat. Dies wird dann im weiteren Verlauf zu einem Prozess einer zunehmenden Urteilsverzerrung, in der eine Eigendynamik entsteht, die zu einem völlig falschen Eindruck der wahrnehmenden Person und zu einem unauthentischem Verhalten der Zielperson führt.

Die Tatsache, dass offensichtlich im Falle eines Wissensziel, nämlich dem Ziel, möglichst genau einen Eindruck von dem Gegenüber zu bilden, der Mechanismus der Bestätigung

der Erwartung des Wahrnehmenden durch die Zielperson in Gang gesetzt wird, ist für die Kommunikationssituation im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung hoch relevant. Dies scheint insbesondere auf Seiten der Mitarbeiter der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, die ja zu Behandlungsbeginn die Patientin und ihre Familie nicht kennen, ein Risikofaktor zu sein. Durch eine wenig an der tatsächlichen Datenbasis orientierte Eindrucksbildung könnte ein unauthentisches Verhalten ausgelöst werden, welches dann in der Folge zu weiteren Fehlurteilen, schlimmer noch zu ungünstigen therapeutischen Einflüssen beitragen könnte.

Allerdings kann positiv angemerkt werden, dass der Mechanismus der Verhaltensbestätigung<sup>3</sup> möglicherweise auch zugunsten des Patienten ablaufen kann, z.B. wenn Verhaltensweisen auf Seiten des Patienten die für ihn positiv sind, durch entsprechende Erwartungen gefördert werden. Ein Stück weit galt das auch für die Untersuchung von Bugental und Shennum (1984), in der die Erwartung, dass Kinder eine hohe soziale Wirksamkeit haben können, zu mehr selbstsicheren Verhalten bei dem Kind geführt hatte.

## **2.4 Die Hypothesentheorie der sozialen Wahrnehmung**

In ihrem Übersichtsartikel zur Hypothesentheorie der sozialen Wahrnehmung beschreiben Lilli und Frey (1993) die Rolle von Erwartungshypothesen im Prozess der sozialen Informationsverarbeitung. In ihrem integrativen Ansatz, in dem sie sich auf Bruner (1951, zit. nach Lilli & Frey, 1993) und Postman (1951, zit. nach Lilli & Frey, 1993) beziehen, allerdings auch viele andere Untersuchungen zur Auswirkung von diversen Faktoren auf die soziale Informationsverarbeitung integrieren, beschreiben sie als Ausgangspunkt der Theorie einen dreistufigen Prozess des Hypothesentestens. Auf der ersten Stufe wird eine Erwartungshypothese bezüglich eines Stimulusbereiches bereitgestellt, die auf der zweiten Stufe mit Informationen über den Gegenstand der Wahrnehmung abgeglichen wird und auf der dritten Stufe entweder bestätigt wird oder im Falle einer Widerlegung der Hypothese der Zyklus neu durchlaufen wird. Dabei ist ein zentrales Konstrukt der Theorie die Hypothesenstärke, die darüber entscheidet, wie stark das Wahrnehmungsergebnis durch die Erwartungshypothese beeinflusst wird. Sie gehen davon aus, dass starke Hypothesen mit größerer Wahrscheinlichkeit aktiviert werden als schwache und dass, je stärker die Hypothese ist, desto geringer die zur Bestätigung notwendige Reizinformation sein muss und umso größer die widersprechende Reizinformation sein muss, um die Hypothese zu widerlegen. Dabei werden verschiedene

---

<sup>3</sup> behavioral confirmation

Faktoren, die sich auf die Hypothesenstärke auswirken, benannt. Dazu gehört die Häufigkeit, mit der die Hypothese früher bestätigt wurde, die Anzahl an verfügbaren Hypothesen, motivationale Einflüsse, kognitive Einflüsse und soziale Einflüsse.

Die Hypothesentheorie der sozialen Wahrnehmung ist deswegen relevant für die vorliegende Untersuchung, da Störungsmodelle für Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen ebenfalls als Hypothesen angesehen werden können, die im Rahmen des Kommunikationsprozesses über diese Störungsmodelle widerlegt oder bestätigt werden können. Dabei kann auf der Basis der Vorhersagen dieser Theorie davon ausgegangen werden, dass die Stärke der im Störungsmodell dominanten Hypothesen auch darüber entscheidet, wie stark der Einfluss von Informationen durch die anderen Kommunikationsteilnehmer sein muss, um die Hypothese zu widerlegen. Es könnte also konkret untersucht werden, welche kommunikativen Einflüsse notwendig sind, um die Störung aufrechterhaltenden Hypothesen zu widerlegen. Dabei dürfte der Aspekt der sozialen Einflüsse, wie er von Lilli und Frey (1993) benannt wird, hier relevant sein. Diese sozialen Einflüsse, gefasst als Übereinstimmung von Mitgliedern einer Gruppe, können als Bestätigung einer Hypothese in Abwesenheit passender Reizinformationen dienen. Fasst man die Gruppe als Familie, kann dieser Gedanke direkt auf die vorliegende Untersuchung übertragen werden. Da es sich um eine Situation hoher Unsicherheit handelt, wenn Eltern mit abweichenden Verhalten ihrer Kinder konfrontiert werden, die Reizsituation also mehrdeutig ist, könnte dieser Einfluss auf die Wahrnehmungshypothesen im Störungsmodell der einzelnen Familienmitglieder besonders groß sein.

In einer Untersuchung von Greitemeyer, Fischer und Kastenmüller (2012) werden solche sozialen Aspekte auf die konfirmatorische Informationsverarbeitung untersucht. Allerdings geht es hier um die entgegengesetzte Perspektive, nämlich um die Frage, wie soziales Ausgeschlossenensein sich auf die Tendenz, erwartungskonsistente Informationen zu bevorzugen, auswirkt. Grundlage der Untersuchung ist die Forschung zum Positivitätsbias<sup>4</sup>, die sich mit der Frage beschäftigt, welche Faktoren eine voreingenommene ursprüngliche Erwartungen bestätigende Informationsverarbeitung beeinflussen. Die Autoren stellen heraus, dass nach einer anfänglich getroffenen Entscheidung, also einer ersten Bewertung und Auswahl einer Handlungsmöglichkeit, eine ausgewogene Suche nach Informationen, die konsistent und inkonsistent mit der anfänglichen Entscheidung sind, eine wichtige Voraussetzung für effektive realitätsangemessene Entscheidungen ist. Das Treffen einer spezifischen Entscheidung kann man dabei auch als Entscheidungsprozess zwischen konkurrierenden Hypothesen anse-

---

<sup>4</sup> Übersetzung des Begriffs "confirmation bias"



hen. In der vorliegenden Untersuchung wurden bei den Versuchspersonen Erfahrungen von sozialem Ausgeschlossensein oder sozialer Teilhabe aktiviert und diese dann auf der Basis einer kurzen Geschichte gebeten, eine Entscheidung darüber zu treffen, ob der Arbeitsvertrag einer Person in dieser Geschichte verlängert werden sollte oder nicht. Sie hatten danach Möglichkeiten, mit dieser anfänglichen Entscheidung konsistente und inkonsistente Informationen abzufragen. Es zeigte sich in dieser Untersuchung, dass die Versuchspersonen, bei denen Erfahrungen sozialen Ausgeschlossenseins aktiviert wurden, stärker dazu neigten, ihre ursprüngliche Entscheidung bestätigende Informationen abzufragen und für die Bestätigung ihrer ursprünglichen Entscheidung zu verwenden. Die Autoren erklären diese Auswirkung sozialen Ausgeschlossenseins durch eine Abnahme der Selbstregulationsfähigkeit, die für das ausgewogene Abwägen von Informationen notwendig ist.

Diese Ergebnisse können auch auf die Untersuchung der Störungsmodelle für Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen übertragen werden. Soziales Ausgeschlossensein ist eine häufige Erfahrung, die Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen in ihrer Peergroup, aber auch in der Familie machen. Geht man von den Ergebnissen dieser Untersuchung aus, hat dieses Ausgeschlossensein spezifische Auswirkungen auf die Art, wie die Betroffenen soziale Informationen verarbeiten. Dies könnte zur Aufrechterhaltung der Symptomatik aufgrund dessen, dass der Abgleich der Erwartungen oder Hypothesen des Betroffenen mit der Realität nicht mehr ausreichend durchgeführt wird, beitragen.

Fischer und Greitemeyer (2010) stellen ein integratives Modell für die selektive Auswahl von Informationen vor. Dabei betonen sie, dass die Untersuchung dieser Effekte besonders wichtig ist, da sie häufig zu schlechten Entscheidungsergebnissen führen. Als Beispiel hierfür wird u.a. die US-Invasion im Irak 2003 angegeben. Die Tendenz einer voreingenommenen Informationsbewertung wird als eine Barriere für die Korrektur falscher Anfangsentscheidungen bei Personen und auch bei Gruppen angesehen. Das dabei verwendete Forschungsparadigma sind Entscheidungsaufgaben, die die Probandinnen durchführen mussten und die dann die Möglichkeit erhielten, zusätzliche Informationen zu dem Sachgebiet, die die Entscheidung betreffen, zu erhalten.

Fischer und Greitemeyer (2010) beschreiben zwei gegensätzliche Kräfte, die die erwartungsbestätigende Informationsverarbeitung moderieren. Dies ist einmal die defensive Motivation, aus der heraus Menschen bestätigende Informationen für ihre Entscheidung suchen um sich gut zu fühlen und zum anderen die Motivation, objektive, unverzerrte Entscheidungen und Meinungen zu haben. Während nun die erstere eher dazu führt, dass Urteilsver-

zerrungen im Sinne einer voreingenommenen Informationssuche geschehen, wird die letztere mit einer Verringerung solcher Verzerrungen in Verbindung gebracht. Die Autoren stellen allerdings auf der Basis früherer Untersuchungen fest, dass die Motivation besonders objektive Entscheidungen zu treffen, auch einen umgekehrten paradoxen Effekt haben kann, sodass bei solchen Instruktionsbedingungen eine besonders starke erwartungskonforme Informationsverarbeitung geschieht.

In ihrem Modell differenzieren sie nun die Bedingungen, unter denen eine Motivation objektive Entscheidungen zu treffen, zu einer Abnahme oder zu einer Zunahme von Urteilsverzerrungen beiträgt. Der von den Autoren dabei herausgestellte zentrale Moderator ist, inwieweit sich die Motivation ein objektives Urteil zu bilden, auf das Entscheidungsergebnis oder auf den Entscheidungsprozess bezieht. Bezieht sich die Motivation eine objektive Entscheidung zu treffen, auf das Entscheidungsergebnis, so wird das Ausmaß an erwartungskonformen Informationsverarbeitungen reduziert, da eine Heuristik bei den Personen aktiviert wird, die ein vorsichtiges und ausgewogenes Beurteilen der Informationen beinhaltet. Im Gegensatz dazu führt die Instruktion, die besten Informationen für die Entscheidung zu finden, also den Entscheidungsprozess betreffend, zu gesteigerter selektiver erwartungskonformer Informationssuche, da entscheidungskonforme Informationen generell als qualitativ besser wahrgenommen werden.

Relevant für den Behandlungsprozess und für die Kommunikation von Störungsmodellen sind diese Ergebnisse deshalb, da therapeutische Interventionen auch als Appelle verstanden werden können, die Informationen realistischer zu verarbeiten und unangemessen globale und stabile Attributionen zu vermeiden. Dies kann aber, folgt man diesem integrativen Ansatz der erwartungsbestätigenden Informationssuche, zu einem umgekehrten Effekt führen.

## **2.5 Die Theorie sozialer Vergleichsprozesse**

In ihrer Übersicht zur Theorie sozialer Vergleichsprozesse stellen Frey, Dauenheimer, Pargé und Haisch (1993) als zentrale Annahme heraus, dass Individuen das Motiv haben, die eigenen Meinungen und Fähigkeiten zu bewerten und beziehen sich dabei auf die ursprüngliche Formulierung der Theorie von Festinger (1954, zit. nach Frey et al., 1993). Um dies allerdings tun zu können vergleichen sich Individuen mit Personen, die hinsichtlich der Meinung oder Fähigkeiten die verglichen werden sollen, ähnlich sind. Hintergrund für das Motiv, die eigenen Meinungen und Fähigkeiten zu bewerten, stellt nach Frey et al. (1993) die Notwen-

digkeit dar, in der sozialen Realität adäquat reagieren zu können und die Umgebung, sowie die eigene Meinung und Fähigkeit korrekt einschätzen zu können. Dabei wird hervorgehoben, dass die Vergleichsmotivation umso stärker ausfallen dürfte, je geringer die subjektive Gewissheit bezüglich der Meinung oder Fähigkeit ausgeprägt ist. Es werden dabei objektive Kriterien zur Einschätzung der eigenen Meinungen und Fähigkeiten, wie z.B. überprüfbare Tests, von subjektiven Kriterien unterschieden, die den Vergleich mit anderen Personen, also soziale Kriterien, beinhalten.

Allerdings steht in der ursprünglichen Formulierung der Theorie von Festinger (1954) laut Frey et al. (1993) als Motiv nicht nur eine korrekte Einschätzung der eigenen Meinungen und Fähigkeiten sondern auch eine Verbesserung der Fähigkeiten zur Diskussion. Dies könnte, so spekulieren die Autoren, seine Ursache darin haben, dass Menschen mit besseren Fertigkeiten adäquater auf die Umwelt reagieren können. Dabei werden keine beliebigen Personen für den sozialen Vergleichsprozess herangezogen sondern Personen, die in relevanten Dimensionen dem Individuum, das den Vergleich ausübt, ähnlich sind. Im Falle von Meinungsdiskrepanzen neigen Individuen dazu, die Diskrepanz zwischen ihrer eigenen Meinung und denen der Gruppenmehrheit zu reduzieren, in dem sie ihre eigene Meinung ändern. Nach einer Untersuchung von Festinger et al. (1952), die von den Autoren zitiert wird, neigen Personen, die eine abweichende Position gegenüber der Mehrheit vertreten, eher dazu, ihre eigene Meinung zu ändern. Die Personen allerdings, die davon ausgehen, dass sie eine Mehrheitsposition vertreten, versuchen die Meinung der anderen zu verändern.

Die Autoren beleuchten ausführlich spezifische Vergleichsstrategien, die Individuen dann anwenden, wenn ihr eigener Selbstwert in Gefahr ist. Solche Strategien können ein Wechsel der Vergleichspersonen sein, so dass im Falle einer Selbstwertbedrohung eher abwärts gerichtete Vergleiche bevorzugt werden. Weitere Strategien sind der Wechsel der Vergleichsdimensionen, die Abwertung der Vergleichspersonen oder die Vermeidung des Vergleiches.

Stapel und Schwinghammer (2004) konnten allerdings zeigen, dass solche selbstwertdienlichen Vergleichsprozesse allerdings in der Realität ihre Grenzen haben. Sie fanden u.a. heraus, dass defensive Vergleiche, also abwärts gerichtete Vergleiche mit einer positiven Wirkung und aufwärts gerichtete Vergleiche ohne Wirkung in Bezug auf leistungsbezogene Daten nur dann von den Individuen durchgeführt werden können, wenn die Ähnlichkeit der Vergleichspersonen nicht zu groß ist und damit ein gewisser Interpretationsspielraum vorhanden ist. Ist aber die Vergleichsperson sehr ähnlich, d.h. der Vergleich ist sehr relevant, findet

sich kein defensives Muster. Die Versuchspersonen schätzen sich positiv beim abwärts gerichteten Vergleich und negativ beim aufwärts gerichteten Vergleich ein. Der Autor und die Autorin folgern daraus, dass manchmal die Handlungen und das Verhalten von anderen offenbaren, dass diese einfach kompetenter, wissender, attraktiver und moralischer sind.

Bezieht man die Theorie sozialer Vergleichsprozesse auf den hier untersuchten Gegenstand der Kommunikationsprozesse im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung, ergeben sich Implikationen für den Behandlungsprozess. Eltern und Kinder befinden sich zumindest zu Beginn der Behandlung in einer Situation höchster Unsicherheit, sodass ihr Bedürfnis, ihre eigenen Meinungen und auch Fertigkeiten zu bewerten, besonders hoch sein dürfte. Eine Untersuchung, die sich dem Zusammenhang zwischen sozialen Vergleichsprozessen und dem Selbstwertgefühl sowie Persönlichkeitseigenschaften und der wahrgenommenen Lebensqualität von Angehörigen von Patientinnen mit Essstörungen widmet, stammt von Lobera, Garrido, Fernandez und Bautista (2010). Dabei handelt es sich um eine Kombinationsstudie, in der zwischen abwärts- und aufwärtsgerichteten Vergleichen und deren Effekten als entweder Identifikation oder Kontrast mit der „Social comparison during illness scale“<sup>5</sup> differenziert wurde. Sie gingen davon aus, dass abwärts gerichtete Vergleiche mit Kontrasteffekten und aufwärts gerichtete Vergleiche mit Identifikationseffekten dann wahrscheinlicher sind, wenn es sich um Menschen mit aktiven Bewältigungsstrategien handelt und weniger wahrscheinlich sind, wenn ein hohes Maß an Neurotizismus vorhanden ist. Abwärts gerichtete Vergleichen beinhalten dabei eine bessere Einschätzung der eigenen Fertigkeiten beim Vergleich mit einer schlechteren Person und aufwärts gerichtete Vergleiche eine bessere Einschätzung der Fertigkeiten beim Vergleich mit einer auf der betreffenden Dimension besseren Person. Weiterhin gingen sie davon aus, dass Angehörige von Menschen mit Essstörungen Stress, Einschränkungen ihrer Lebensqualität, bei sich selbst wahrgenommene Spannungen und interpersonale Spannungen erleben. Dies bestätigte sich auch in der Untersuchung. Neurotizismus stand in Zusammenhang mit abwärts gerichteten Vergleichen, die zu negativen Selbstwerteffekten und aufwärts gerichteten Vergleichen mit ebenfalls negativen, also Kontrasteffekten beitrugen. Es zeigte sich in der Untersuchung auch, dass Frauen ungünstigere Vergleichsstrategien anwendeten, mit denen eine erhöhte Wahrnehmung von Stress in Bezug auf die Erkrankung der Angehörigen bzw. des Kindes einhergeht. Die Autoren gingen weiter davon aus, dass Angehörige während der Behandlung einer Essstörung, die einen langen Prozess darstellt, durch die Verantwortung die auf ihnen lastet, schwierige Le-

---

<sup>5</sup> Skala des sozialen Vergleichs während Krankheit

bensumstände erfahren, wozu auch Schuldgefühle, Stress und Symptome von Depression und Angst gehören. In dieser Situation ist der Erwerb von Informationen für die Familien ein starkes Bedürfnis, die sie nicht nur über den Therapeuten sondern auch über Angehörige von anderen essgestörten Patienten erhalten, was schließlich zum sozialen Vergleich beiträgt. Dabei kann, so das Ergebnis der Studie, der abwärts gerichtete Vergleich Familien helfen, mit der Erkrankung ihres Angehörigen, in der Regel ihres Kindes, umzugehen, wenn er zu einem Kontrasteffekt beiträgt. Die Autoren stellten darüber hinaus signifikante Korrelationen zwischen dem Selbstwerterleben und aufwärts gerichteten Vergleichen mit einem positiven Effekt fest.

Dass sich soziale Vergleichsprozesse auch auf die Beurteilung der Partnerschaftsqualität auswirken, zeigt eine Untersuchung von Buunk und Ybema (2003), die 135 verheirateten Frauen Geschichten über andere verheiratete Paare vorlegten, die entweder abwärts oder aufwärts gerichtete Vergleiche darlegten und durch hohe oder niedrige Anstrengung gekennzeichnet waren. Neben der Partnerschaftsqualität der teilnehmenden Frauen, wurde das Ausmaß der Identifikation mit den Vergleichsobjekten, die Stimmung sowie eine Bewertung der eigenen Beziehung nach dem Vergleich erhoben. Die Autoren gehen davon aus, dass viele Menschen soziale Vergleiche über ihre Beziehungen durchführen wenn sie mit Freundinnen reden, um ihre Überzeugung in Bezug auf ihre engen Beziehungen, über ihren Partner und über ihre Gefühle und Erfahrungen in der Beziehung zu bewerten.

Hypothesenkonform zeigte sich, dass aufwärts gerichtete Vergleiche einen stärkeren positiven Affekt erzeugen als abwärts gerichtete Vergleiche. Allerdings unterschied sich der Effekt auf die Bewertung der eigenen Beziehung deutlich von dem Effekt auf die Stimmung. Es zeigte sich nämlich, dass abwärts gerichtete Vergleiche eher zu einer positiveren Beurteilung der eigenen Beziehung führten als aufwärts gerichtete Vergleiche. Sie folgern daraus, dass soziale Vergleiche einen Assimilationseffekt auf die Stimmung und einen Kontrasteffekt auf die Bewertung haben. Weiterhin zeigte sich, dass die Individuen, die eine gute Ehe führten, generell mit einer positiveren Stimmung auf die sozialen Vergleiche reagierten. Dabei identifizierten sich die Frauen, die eine gute Ehe führten, mehr mit den Akteurinnen, die bessere Ehen als sie führten. Die Frauen die eine weniger glückliche Ehe führten, identifizierten sich eher mit den Frauen in den Geschichten, die eine schlechtere Ehe führten.

Auch in dieser Untersuchung ist die Relevanz für die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung deutlich. Häufig sind psychische Störungen von Kindern mit Partnerschaftsproblemen der Eltern assoziiert (z.B. Hansagi, Brandt & Andreasson, 2000 für den Fall von Tren-

nungen). Die mit der Erkrankung verbundene Unsicherheit bezüglich der eigenen Familienbeziehungen könnte dabei eine besonders starke Motivation, die eigenen Haltungen zur Partnerschaft mit anderen zu vergleichen, sein. Das würde bedeuten, dass soziale Vergleiche im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung besonders häufig und intensiv durchgeführt werden und damit eine wichtige Rolle im Behandlungsprozess spielen könnten. Dabei könnte besonders relevant sein, dass Patienten und Eltern anderen Patientinnen und Eltern im Rahmen einer teilstationären Behandlung begegnen, allerdings häufig nicht sehr viele Informationen über die genauen Zusammenhänge der Erkrankung der anderen Patienten haben. In dieser Situation hoher Mehrdeutigkeit könnten besonders stark selbstwertdienliche Vergleiche, also abwärts gerichtete Vergleiche mit positiven Effekten durchgeführt werden. Darüber hinaus könnten nicht nur die Eltern ihre eigene Partnerschaftsbeziehung über den Vergleich evaluieren, sondern auch die Kinder und Jugendlichen, also die Patienten, die ihre Eltern-Kind-Beziehung durch Informationen von den anderen Patientinnen evaluieren könnten.

## **2.6 Die Theorie der kognitiven Dissonanz**

In ihrem Übersichtsartikel zur Theorie der kognitiven Dissonanz beschreiben Frey und Gaspar (1993) entsprechend Festingers (1957, zit. nach Frey & Gaska, 1993) ursprünglicher Formulierung die Grundannahme, die besagt, dass Menschen ein Gleichgewicht ihres kognitiven Systems anstreben, wobei unter Kognitionen Meinungen, Glaubensweisen und Wissensseinheiten verstanden werden. Danach werden von Festinger (1957) Kognitionen unterschieden, die in irrelevanter und solche, die in relevanter Beziehung zueinander stehen. Relevante Beziehungen zwischen Kognitionen können konsonant oder dissonant sein. Dissonanz entsteht dann, wenn aus einer Kognition das Entgegengesetzte der anderen Kognition folgt. Die Höhe der kognitiven Dissonanz, die aus der Aktivierung dissonanter Kognitionen folgt, ist dabei abhängig vom Verhältnis der dissonanten zu den konsonanten Kognitionen sowie von der Wichtigkeit der an der dissonanten Beziehung beteiligten Kognitionen. Es wird weiter angenommen, dass die Dissonanz ein motivationaler Zustand ist, aus dem Bemühungen folgen, diese Dissonanz die als aversiv erlebt wird, zu reduzieren. Diese kann reduziert werden, in dem der Anteil dissonanter gegenüber dem Anteil konsonanter Kognitionen verringert wird. Welche Kognitionen dabei verändert werden, um die Dissonanz zu reduzieren, hängt von deren Änderungsresistenz ab. Eine Kognition ist dann änderungsresistent, wenn ihre Veränderung eine neue, möglicherweise auch stärkere Dissonanz erzeugen würde. Anders formu-

liert hängt der Änderungswiderstand der beteiligten Kognitionen von der Anzahl der Kognitionen ab, die mit dieser Kognition in konsonanter Weise verbunden sind. Laut Frey und Gaska (1993) wurden wichtige Modifikationen der Theorie der kognitiven Dissonanz u.a. von Brehm und Cohen (1962) vorgenommen, die das Ausmaß der Selbstverpflichtung sowie der Freiwilligkeit bei der Auswahl der Meinungen, Verhaltensweisen oder Einstellungen berücksichtigen. Eine weitere Modifikation wurde von Wicklund und Brehm (1976, zit. nach Frey & Gaska, 1993) vorgenommen, die der Auffassung waren, dass kognitive Dissonanz dann entsteht, wenn eine Person sich für eine Entscheidung und die daraus entstehenden Konsequenzen verantwortlich fühlt.

### **2.6.1 Anwendungsbereiche der Theorie der kognitiven Dissonanz.**

Unter dem Stichwort „Dissonanz nach Entscheidungen“ wird das Problem behandelt, dass nach Entscheidungen, bei denen aus mehreren Entscheidungsalternativen gewählt wird, kognitive Dissonanz entsteht. Der „Spreading apart of alternatives-Effekt“<sup>6</sup> wird als die häufigste Art der Dissonanzreduktion nach Entscheidungen von Festinger (1957, zit. nach Frey & Gaska, 1993) benannt und besagt, dass nach einer Entscheidung die Attraktivität der gewählten Entscheidung ansteigt und die Attraktivität der nicht gewählten Entscheidung absinkt.

Treten nach Entscheidungen unerwartete Konsequenzen auf, so steigt die Attraktivität der getroffenen Entscheidungsalternative ebenfalls an. Dabei hängt nach Frey und Gaska (1993) allerdings auch das Ansteigen der Attraktivität der Entscheidung davon ab, in wieweit die Entscheidung vorläufig oder endgültig ist. Im Falle einer vorläufigen Entscheidung kann die Dissonanz durch die Entscheidung auch reduziert werden, in dem die Entscheidung revidiert wird.

Ein weiteres Anwendungsfeld der Theorie der kognitiven Dissonanz ist die forcierte Einwilligung. Hier werden Personen durch externe Anreize dazu gebracht, einstellungsdiskrepantes Verhalten zu zeigen. Dabei kann eine Dissonanzreduktion erfolgen, in dem die Einstellung dem einstellungsdiskrepanten Verhalten angepasst wird. Als Voraussetzung für eine solche Einstellungsveränderung wird aber ein hoher Grad an Selbstverpflichtung, Entscheidungsfreiheit und das Auftreten negativer Konsequenzen, für die sich die Individuen verantwortlich fühlen, als Voraussetzung angenommen (Frey & Gaska, 1993). In einem solchen Fall wirken sich dann Belohnungen für ein einstellungsdiskrepantes Verhalten auf das Ausmaß der Einstellungsveränderung aus. Bei niedrigen Belohnungen gibt es nur die externe Rechtferti-

---

<sup>6</sup> Auseinanderdriften von Entscheidungsalternativen

gung für das einstellungsdiskrepante Verhalten, sodass die Dissonanz und die damit verbundene Einstellungsveränderung größer ist als bei größeren Belohnungen.

Weiterhin wirkt sich die Glaubwürdigkeit der das einstellungsdiskrepante Verhalten instruierenden Person auf das Ausmaß der erlebten Dissonanz und der daraus resultierenden Einstellungsveränderung aus. Bei niedriger Glaubwürdigkeit ist die Rechtfertigung für das Verhalten gering und damit die Dissonanz höher. Frey und Gaska (1993) stellen fest, dass im Bereich der forcierten Einwilligung bei niedriger Rechtfertigung für die Aufgaben und Verhaltensweisen und hoher Entscheidungsfreiheit die Attraktivität dieser Aufgaben und Verhaltensweisen zunehmen.

Als weiteren Anwendungsbereich der Theorie der kognitiven Dissonanz nennen Frey und Gaska (1993) die selektive Suche nach neuen Informationen<sup>7</sup>. Diese besagt, dass im Falle von Entscheidungen Informationen selektiv ausgewählt werden, die diese Entscheidung unterstützen. Dissonante Informationen werden umso mehr vermieden, je höher die Dissonanz ist, wenn die Entscheidung nicht mehr revidiert werden kann.

Auch die Suche nach sozialer Unterstützung kann dazu dienen, die Dissonanz nach einer Entscheidung oder Einstellungsveränderung zu reduzieren (Frey & Gaska, 1993).

Die Theorie der kognitiven Dissonanz kann auch einen Beitrag zum Verständnis der Kommunikationsprozesse im Zusammenhang mit Störungsmodellen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung leisten. Der Versuch des therapeutischen Teams, Störungsmodelle in den Kommunikationsprozess mit einzubringen, die positivere Konsequenzen für die betreffende Patientin haben und mehr Handlungsoptionen beinhalten, kann mehr oder weniger erfolgreich sein, je mehr dissonante Kognitionen er im Verhältnis zu dem Glauben- und Meinungssystem der Patientin und ihrer Familie enthält. Ein zu großes Maß an Dissonanz kann dabei zu einem erheblichen Widerstand, was Veränderungsprozesse angeht, auf Seiten der Familie bzw. des Jugendlichen führen. Die therapeutischen Störungsmodelle könnten sich im Ausmaß ihrer Dissonanz zu den Störungsmodellen der Familie unterscheiden. Möglicherweise kann der Versuch, Kommunikation anschlussfähig zu machen dazu führen, dass die Dissonanz, die ein Stück weit vorhanden sein muss wenn Veränderungen erzielt werden sollen, ein bestimmtes Maß nicht überschreitet und damit die therapeutischen Störungsmodelle in das kognitive System der Patientin und ihrer Familie integriert werden können. Das Ergebnis aus der Voruntersuchung, dass Störungsmodelle um positive Konsequenzen zu entwickeln nicht unbedingt realitätsangemessen sein müssen, sondern es ausreichend ist, dass sie Frei-

---

<sup>7</sup> selective exposure



räume zum Ausprobieren neuer Verhaltensweisen ermöglichen, weist aber möglicherweise auch darauf hin, dass sich nicht unbedingt das therapeutische Störungsmodell durchsetzen muss, sondern dass es wichtiger ist, dass Störungsmodelle widerspruchsfrei, also konsonant sind und damit einheitliche Optionen für Korrekturprozesse seitens der Familie ermöglichen.

Insbesondere Sharon S. Brehm (1976) hat sich mit der Anwendung sozialpsychologischer Theorien, auch der Dissonanztheorie, auf die klinische Psychologie beschäftigt. Brehm (1976) lotet ausführlich die Anwendungsmöglichkeiten der Dissonanztheorie im Rahmen des Paradigmas forcierter Einwilligung für die klinische Psychologie aus. Dabei ist der Begriff der Selbstverpflichtung<sup>8</sup> sehr relevant. Selbstverpflichtung wird von Brehm (1976) als ein psychologischer Zustand verstanden, der dann auftritt, wenn eine Person sich in einer bestimmten Art und Weise verhalten hat, sich gerade verhält oder den starken Vorsatz hat, sich in der Zukunft entsprechend zu verhalten. Dabei geht es um ein offenes bzw. öffentliches Verhalten, das sicherstellt, dass auch andere Personen wissen, dass sich die Person, die sich selbst verpflichtet hat, entsprechend verhält. Der Begriff wird vor dem Hintergrund diskutiert, dass die Selbstverpflichtung eine wichtige Voraussetzung für das Entstehen von Dissonanz ist. Brehm (1976) zieht die Analogie zwischen dem Paradigma der forcierten Einwilligung und der Psychotherapie insofern, dass sie Psychotherapie als einen Prozess fasst, in dem eine Patientin zu einem Verhalten angehalten wird, das für sie günstigere Konsequenzen hat als ihr aktuelles Verhalten. Die aus solchen neuen Verhaltensweisen resultierende Dissonanz wird in ihren Konsequenzen ausführlich diskutiert.

Als ein mögliches Szenario beschreibt Brehm (1976) ein aus therapeutischer Sicht einstellungswidriges und ungünstiges Verhalten der Patientin, dessen daraus entstehende Dissonanz die Patientin reduziert, in dem sie ihre Einstellung in eine ungünstige Richtung ändert. Brehm schlägt hier vor, dass der Therapeut die Kontrolle über dieses Verhalten übernimmt, in dem er dem Patienten stark rät, dieses Verhalten auszuführen. Dieser Einfluss der Therapeutin trägt zur Rechtfertigung des Verhaltens bei, die wiederum die Dissonanz und die daraus resultierende Einstellungsänderung verringern kann. Eine weitere Möglichkeit ist die Sichtbarmachung positiver Konsequenzen des aus therapeutischer Sicht ungünstigen Verhaltens, die die Patientin nicht berücksichtigt hat. Diese Intervention basiert auf dem Dissonanz verringern Effekt positiver Konsequenzen eines selbstverpflichteten Verhaltens.

In Bezug auf negative Verhaltenskonsequenzen wird das umgekehrte Szenario diskutiert, dass die Therapeutin ein Verhalten beim Patienten induziert, das einstellungswidrig aber

---

<sup>8</sup> commitment

aus therapeutischer Sicht positiv ist und Dissonanz erzeugt. Eine Möglichkeit, diese Dissonanz zu erhöhen, damit sich die Einstellung der Patientin in Richtung des therapeutisch erwünschten Verhaltens ändert, ist das Herausstellen negativer Konsequenzen dieses Verhaltens bevor die Patientin dies ausführt.

Ein weiterer Aspekt ist das Ausmaß an Mühe, das der Patient in das einstellungswidrige Verhalten investiert. Brehm (1976) geht hier von der Überlegung aus, dass eine Patientin ein einstellungswidriges Verhalten umso mehr rechtfertigen muss, je mehr Mühe sie in dieses Verhalten investiert hat. Daraus folgt, dass die Therapeutin so wenig Belohnung wie möglich für ein einstellungswidriges, therapeutisch wünschenswertes Verhalten zur Verfügung stellen sollte, damit der Patient dieses Verhalten weiter ausführt. Zu hohe Belohnungen würden sonst als eine Rechtfertigung für dieses Verhalten dienen und damit die entstehende Dissonanz reduzieren und damit auch den Effekt auf eine positive Einstellungsänderung verringern. Eine Möglichkeit, ein therapeutisch wünschenswertes Verhalten bei einer Patientin zu induzieren sind Rollenspiele, da diese eine mühevollen Aktivität darstellen. Brehm (1976) folgert, dass je mehr ein Patient in ein neues Verhalten investiert, desto überzeugter er von dem neuen Verhalten ist und umso mehr es mögen wird.

Als Konsequenz aus den Befunden zum Paradigma der Dissonanz nach Entscheidungen folgert Brehm (1976), dass der Therapeut im Falle einer Entscheidung der Patientin für ein therapeutisch wünschenswertes Verhalten sicherstellen sollte, dass der Patient sich für die Entscheidung relativ viel Zeit genommen hat, um den Effekt der positiven Bewertung der Entscheidungsalternative nach der Entscheidung zu erhöhen. Darüber hinaus sollten die verschiedenen Entscheidungsalternativen relativ attraktiv und auch relativ ähnlich, bezogen auf die Attraktivität, sein. Gleichzeitig sollten sie aber relativ unähnlich in Bezug auf die Bedürfnisse sein, die sie befriedigen. Der Patient sollte darüber hinaus eine hohe Entscheidungsfreiheit bei sich wahrnehmen und die Entscheidung als unrevidierbar erleben. Weiterhin empfiehlt Brehm (1976), das mit der Entscheidung verbundene Verhalten mit anderen Verhaltensweisen zu koppeln und damit änderungsresistenter zu machen. Darüber hinaus empfiehlt Brehm, dass der Patient häufiger dazu angehalten wird, sich für oder gegen die Behandlung zu entscheiden, so dass das Ausmaß der Selbstverpflichtung der Patientin steigt und eine Fortsetzung der Therapie auch bei anstehenden dissonanten Entscheidungen gewährleistet ist. Insbesondere in schwierigen Phasen der Therapie ist eine starke Selbstverpflichtung der Therapie gegenüber sehr wichtig, da sonst die Therapie abgebrochen werden könnte.

Brehm (1976) diskutiert darüber hinaus positive therapeutische Veränderungen als Funktion einer Dissonanzerzeugung. Brehm beschreibt zwei Studien von Cooper (erschienen 1980), in denen Versuchspersonen, die Angst vor Schlangen hatten, die Information erhielten, an einer Therapie, die die Angst vor Schlangen reduzieren soll, teilzunehmen. Die Hälfte der Versuchspersonen wurde vorgewarnt, dass die Behandlung sehr stark angsterzeugend und anstrengend sein würde und nach dieser Information gefragt, ob sie das Experiment fortsetzen wollen. Die andere Hälfte wurde erst nach der Entscheidung darüber informiert, dass die Therapie möglicherweise anstrengend sein könnte. Die Hälfte der Versuchspersonen wurde nun einer kurzen Expositionsbehandlung unterzogen, die andere Hälfte erhielt eine Placebothherapie, die in sportlichen Betätigungen bestand und plausibel begründet wurde. Das Ergebnis dieses Experiments war, dass die Patientinnen, die vor der Entscheidung für oder gegen die Therapie vor den negativen Konsequenzen gewarnt wurden, weniger Angst vor Schlangen hatten als diejenigen, die sich ohne diese Vorwarnung für die Weiterführung des Experiments entschieden. Die Art der Behandlung, also eine kurze Expositionsbehandlung oder eine Placebobehandlung hatte keinen Effekt. D.h. auch die Versuchspersonen, die sich der Placebobehandlung unterzogen und vor der Entscheidung vorgewarnt wurden, zeigten die gleiche Reduktion der Angst vor Schlangen wie die Patientinnen, die vorgewarnt wurden und sich einer Expositionsbehandlung unterzogen. Entscheidende Bedingung war offensichtlich bei dem Behandlungserfolg das Ausmaß an erlebter Dissonanz, das dadurch entstand, dass die Patientinnen sich einer anstrengenden Prozedur freiwillig unterzogen.

Brehm (1976) folgert daraus, dass Patienten, die unter Dissonanz erhöhenden Bedingungen sich zu einer Therapie verpflichten, die erlebte Dissonanz dadurch reduzieren, dass sie besonders an die Therapie glauben und dadurch einen Therapieerfolg erleben. Auf der anderen Seite weist Brehm (1976) darauf hin, dass Therapeutinnen nur sehr langsame Fortschritte erwarten dürfen, wenn die Teilnahme an der Therapie nicht freiwillig ist. Ohne eine Selbstverpflichtung ist keine Dissonanzenstehung zu erwarten.

Brehm (1976) weist weiter darauf hin, dass eine starke Relevanz einstellungsdiskrepanter Kommunikationen für das Selbst zu einer größeren Dissonanz und damit auch zu einer größeren Einstellungsveränderung führt. Sie folgert, dass die meisten Patienten davon ausgehen, dass ihr Verhalten und ihre Einstellungen, die sie während der Therapie zeigen, ihre Persönlichkeit reflektieren und damit einen hohen Selbstbezug aufweisen. Die Therapie ist damit ein Setting, in dem die Möglichkeit großer Dissonanzenstehung per se gegeben ist. Brehm (1976) beleuchtet darüber hinaus die Rolle von positiven und negativen Feedbacks auf ein-

stellungsdissonantes und einstellungskonsonantes Verhalten. Im Falle eines positiven Feedbacks auf einstellungsdiskrepantes Verhalten wird die Dissonanz erhöht und damit auch die Stärke der Veränderung der Einstellung in Richtung des gezeigten Verhaltens. Umgekehrt führt bei einstellungskonsonantem Verhalten negatives Feedback zu einer stärkeren Dissonanzentstehung, die zu einer Stärkung der konsonanten Einstellungen beiträgt. Ausgehend von der Dissonanztheorie kann also festgestellt werden, dass negatives Feedback nicht grundsätzlich im Sinne einer Bestrafung die Auftretenswahrscheinlichkeit eines bestimmten Verhaltens verringert. Ist also ein einstellungskonsonantes Verhalten therapeutisch nicht erwünscht, würde das negative Feedback eher seine Auftretenswahrscheinlichkeit erhöhen. Im Falle des positiven Feedbacks bei einstellungsdiskrepantem Verhalten ist das Ergebnis, nämlich eine Anpassung der Einstellung an das neue Verhalten, weniger kontraintuitiv.

Die von Brehm (1976) beschriebenen Experimente von Cooper (erschieden 1980) zur Auswirkung von Anstrengung im therapeutischen Setting wurden von Axsom und Cooper (1985) mit einem therapeutischen Setting übergewichtiger Patienten fortgesetzt. Axsom und Cooper (1985) informierten übergewichtige Probandinnen, dass sie an fünf therapeutischen Sitzungen innerhalb eines Zeitraums von drei Wochen teilnehmen können, die dazu beitragen sollen, ihr Gewicht zu reduzieren. Sie teilten die Probandinnen in drei Gruppen ein, eine Kontrollgruppe, eine Gruppe, in der die Probandinnen darüber informiert wurden, dass die Therapie sehr anstrengend sein würde und eine Gruppe, in der die Probandinnen darüber informiert wurden, dass die Therapie weniger anstrengend sein werde. In den darauf folgenden Wochen wurden die Probandinnen in den Experimentalgruppen einer Placebothherapie unterzogen, bei der sie diverse kognitiv mehr oder weniger anstrengende Aufgaben durchführen sollten, die in keinem Zusammenhang mit einem möglichen Gewichtsverlust stehen, ihnen aber als Therapie plausibel gemacht wurden. Hintergrund für diesen experimentellen Aufbau ist die dissonanztheoretische Überlegung, dass die Therapie als umso wirksamer erlebt wird und dementsprechend auch positive Auswirkungen auf der Verhaltensebene hat, umso mehr Mühe die Patientinnen in die Therapie investierten. Besonders an der Untersuchung ist, dass nicht nur der Therapieerfolg kurz nach dem Experiment gemessen wurde, sondern vier Messzeitpunkte, der letzte ein Jahr nach dem Experiment, gewählt wurden.

Dabei zeigte sich, dass die Patientinnen in der Experimentalgruppe, in der sie viel Mühe in die Therapie investieren mussten, einen deutlichen Gewichtsverlust im Vergleich zu der Kontrollgruppe und der Gruppe mit weniger Mühe zeigten. Dieser Gewichtsverlust nahm innerhalb der ersten sechs Monate nach dem Experiment zu und erreichte einen durchschnitt-

lichen Wert von ca. neun Pfund. Also auch hier zeigte sich wie in dem Experiment von Cooper (erschienen 1980, zit. nach Brehm, 1976), dass ohne eine Form von Therapie, sondern durch Ausführung völlig irrelevanter Aufgaben, die aber mit einem Therapieerfolg assoziiert wurden, unter der Bedingung einer hohen Investition ein erheblicher Therapieerfolg erzielt werden kann. Axsom und Cooper (1985) diskutierten diese Ergebnisse in Begriffen der Dissonanztheorie, in dem sie den Anstieg des Therapieerfolges nach den Experimenten mit einem Anstieg der Attraktivität des Gewichtsverlustes durch den Dissonanzprozess erklärten.

Axsom (1989) führte zwei weitere Experimente durch, um zum einen herauszufinden, ob für den Effekt einer Anstrengung auf das therapeutische Ergebnis das Inaussichtstellen der Anstrengung ausreichend ist und nicht wie in dem Experiment von Axsom und Cooper (1985) tatsächlich eine anstrengende Tätigkeit durchgeführt werden muss. Erneut wurden für dieses Experiment Probandinnen mit einer Schlangenphobie akquiriert und vor und nach der experimentellen Manipulation getestet. Dabei wurde die in Aussicht gestellte Anstrengung, die mit der Therapie verbunden war, variiert. Weiterhin war die Entscheidungsfreiheit für die Therapie eine Variable. Es zeigte sich nun, dass die Probandinnen allein durch das Inaussichtstellen einer Therapie, die nicht tatsächlich durchgeführt wurde, unter der Bedingung einer freien Entscheidung eine Verbesserung ihrer Schlangenphobie erlebten, sofern die antizipierte Mühe und Anstrengung, die mit der Therapie verbunden worden war, hoch war. Axsom (1989) folgert daraus, dass die Erwartungen bezüglich der Anstrengung in einer Therapie Konsequenzen für die Erreichung der Therapieziele haben, dass aber die meiste Literatur sich eher mit Erwartungen über den Therapieerfolg beschäftigt.

## **2.7 Reaktanz**

Miron und Brehm (2006) definieren in ihrer Rückschau zur Reaktanzforschung die psychologische Reaktanz als einen motivationalen Zustand, der dann entsteht, wenn Individuen eine Bedrohung oder Eliminierung ihrer frei wählbaren Verhaltensmöglichkeiten erleben bzw. folgern. Als klassisches Reaktanzbeispiel beschreiben sie die Situation, in der Eltern ihrem Kind eine Vorgabe machen, z.B. ein bestimmtes Paar Schuhe anzuziehen. Unter der Bedingung, dass das Kind glaubt, dass es frei entscheiden kann, welche Schuhe es anzieht, wird es in dieser Situation Reaktanz erfahren. Reaktanz wird dabei als ein motivationaler Zustand angesehen, der die energetisierende Eigenschaft besitzt, Individuen dazu zu bringen, ihre ursprünglichen Verhaltensmöglichkeiten wieder herzustellen.

Dabei hat sich der größte Teil der Forschungsvorhaben zur Reaktanz mit den Reaktionen von Menschen auf Bedrohung ihrer Freiheit bzw. Handlungsmöglichkeiten oder der tatsächlichen Reduzierung ihrer Handlungsmöglichkeiten beschäftigt (Worchel 2004). Worchel beschreibt das generelle Forschungsparadigma, das in Kontrolle der Handlungsmöglichkeiten durch das experimentelle Setting besteht. Die Versuchspersonen werden in dem Glauben gelassen, dass sie aus einer bestimmten Menge an Handlungsmöglichkeiten auswählen können, woraufhin dann eine Handlungsmöglichkeit ausgeschlossen wird. Daraufhin wird die Reaktion der Versuchspersonen untersucht. Worchel (2004) beschäftigt sich dabei mit der Frage, warum die Handlungsoptionen für Menschen so wichtig sind. Worchel (2004) stellt hierzu die Hypothese auf, dass Freiräume Menschen die Möglichkeit geben, sich an die wechselnden Herausforderungen ihrer Umwelt anzupassen. Handlungsspielräume erlauben Menschen, ihre wechselnden Bedürfnisse zu befriedigen. Worchel (2004) stellt auch die Hypothese auf, dass Identität und wahrgenommene Handlungsspielräume in einem Zusammenhang stehen. Dabei stellt er heraus, dass die Freiheit, die eigenen Handlungen zu kontrollieren, eine Grundlage der persönlichen Identität ist. Er bezieht dies auch auf die Selbstwahrnehmung eines Kindes im Laufe seiner Entwicklung, die sich durch das Entstehen neuer Handlungsoptionen verändert.

Diese Ideen von Worchel (2004) zur Theorie der psychologischen Reaktanz beinhalten auch interessante Aspekte für die vorliegende Untersuchung. Gerade die Einengung von Kindern und Jugendlichen auf ein spezifisches symptomatisches Verhalten, dessen Kontrollierbarkeit reduziert ist, verringert die Handlungsoptionen und damit auch die Anpassungsfähigkeit an die sich verändernden Bedingungen. Ist das Aufrechterhalten von Handlungsoptionen und Freiräumen so zentral wie Worchel (2004) behauptet, dürfte in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungssituation die Bereitschaft zur Entwicklung von Reaktanz erhöht sein, da ja die Behandlungssituation zumindest zu Beginn quasi als eine Einschränkung der Verhaltensspielräume des Patienten definiert ist. Dies allerdings dürfte erhebliche Konsequenzen auf den Behandlungsprozess haben, in dem die Patienten besonders sensibel gegenüber Einschränkungen ihrer Handlungsoptionen sein könnten. Da es sich ja um einen therapeutisch-pädagogischen Rahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung handelt, sind aber Einschränkungen der Handlungsspielräume erzieherisch an der Tagesordnung. Interessant wäre für die vorliegende Untersuchung hier die Frage, wie sich diese Einschränkungen vor dem Hintergrund einer möglichen gesteigerten Reaktanzbereitschaft auf den Behandlungsverlauf auswirken. Genauer könnte die Frage untersucht werden, inwieweit

sich Störungsmodellkommunikationen, die eine Reduktion von Handlungsspielräumen beinhalten, besonders negativ auf die Kooperation der Kinder und Jugendlichen mit der Behandlung auswirken.

Miron und Brehm (2006) führen zu den Grundlagen der Theorie psychologischer Reaktanz weiter aus, dass eine der am wenigsten offensichtlichen Indikationen der Theorie, aber zugleich auch die Einfachste, sich auf die Wahl zwischen zwei attraktiven Handlungsalternativen bezieht. Je mehr Handlungsalternativen eine Person hat, umso mehr Handlungsspielräume werden reduziert, wenn die Person eine konkrete Entscheidung für eine Alternative trifft. Darüber hinaus führt die Wahl von einer Alternative auch zu dem Erleben von Reaktanz, die darin resultiert, dass die nicht gewählte Alternative attraktiver wird.

Die Höhe der Reaktanz wird dabei durch die Wichtigkeit der bedrohten Handlungsmöglichkeit und durch die Anzahl der bedrohten Handlungsspielräume oder das Verhältnis der bedrohten zu den übrigbleibenden Handlungsspielräumen bestimmt. Dabei ist die Wichtigkeit der Handlungsspielräume kulturell bestimmt. Die Reaktanztheorie beschäftigt sich nicht mit generellen moralischen Prinzipien, sondern mit einem speziellen Verhalten in einem spezifischen Kontext.

Als eine wichtige Modifikation der Theorie stellen Miron und Brehm (2006) die Erkenntnis heraus, dass Reaktanz und erlernte Hilflosigkeit in einem Zusammenhang stehen. Sie führen aus, dass Personen, die die Erwartung haben eine Aufgabe erfüllen zu können und diese Aufgabe dann nicht erfüllen können, psychologische Reaktanz erleben, verbunden mit einer erhöhten Motivation die Aufgabe zu lösen. Mit zunehmender Erfahrung, die Aufgabe aber nicht lösen zu können, geben sie jeden Lösungsversuch auf und erleben dann einen Zustand von erlernter Hilflosigkeit. Diese ist mit der Überzeugung der Person verbunden, dass der ursprünglich als vorhanden geglaubte Handlungsspielraum aufgegeben wird. Eine Untersuchung von Snyder und Wicklund (1978) zitierend heben Miron und Brehm (2006) hervor, dass auch die Erklärung eines Verhaltens einer Person in Begriffen von stabilen Eigenschaften Reaktanz bei diesen Personen erzeugen kann, wenn die Erklärung Handlungsspielräume dieser Person einschränkt. In einer solchen Situation verhalten sich die betreffenden Personen inkonsistent mit den Vorhersagen oder geben mehrdeutige Informationen für ihr Verhalten.

Auch dieser Befund dürfte von erheblicher Relevanz für die vorliegende Untersuchung sein. Störungsmodelle können auch stabile, internale Attributionen beinhalten und damit den Eindruck erzeugen, Handlungsspielräume bei dem Betreffenden, auf den sich das Störungsmodell bezieht, einzuschränken. Dieser könnte nun entsprechend der zitierten Unter-

suchung um seine Handlungsspielräume wieder herzustellen, sich entgegen des Störungsmodells verhalten.

Dickenberger, Gniech und Grabitz (1993) beschreiben unterschiedliche Manifestationen von Reaktanz. Dazu gehört die direkte Wiederherstellung der Handlungsfreiheit, in dem die bedrohte Handlungsoption ausgewählt wird, das indirekte Wiederherstellen, in dem die Person das bedrohte Verhalten in einer anderen Situation ausübt und auch Aggressionen, die die psychologische Reaktanz begleiten und der Freiheitswiederherstellung dienen. Daneben werden auch diffuse Aggressionen ohne konkretes Ziel beschrieben. Dickenberger et al. (1993) beschreiben Reaktanz und eine Konformitätstendenz als gegenläufige Kräfte, die über den Effekt eines Beeinflussungsversuches entscheiden. Dabei setzt zuerst eine Konformitätstendenz ein, die mit zunehmenden, als freiheitseinengend erlebten Einfluss durch eine Reaktanzmotivation kompensiert bzw. übertroffen wird.

Diese Hypothese von Dickenberger et al. (1993) ist deswegen für die vorliegende Untersuchung relevant, da sie im Rahmen der Kommunikation von Störungsmodellen Unterschiede zwischen den Störungsmodellen erhöhende Faktoren, wie die Reaktanzmotivation, und Unterschiede zwischen den Störungsmodellen der verschiedenen beteiligten Personen reduzierende Faktoren, wie die Anpassungsmotivation, annimmt. Eine Untersuchung, die sich mit der Frage beschäftigt, wie Reaktanz kompensiert werden kann, um einen positiven sozialen Einfluss auszuüben, stammt von Silvia (2005). Auch hier geht es um die Frage, wie die Kräfte, sich entgegen eines sozialen Einfluss zu verhalten und die Kräfte, die eine Annäherung an die beeinflussende Position bewirken, miteinander in Verbindung stehen. Silvia (2005) geht dabei von der Annäherungs-Vermeidungsdynamik des sozialen Einflusses von Brehm und Brehm (1981, zit. nach Silvia, 2005) aus, die annimmt, dass sozialer Einfluss einerseits eine Tendenz der Zustimmung, andererseits eine Tendenz zum Widerstand bewirkt. Sie gehen nun davon aus, dass wenn die negative Kraft der psychologischen Reaktanz reduziert ist, die Kräfte sich entweder ausgleichen und damit keine Einstellungsänderung durch den sozialen Einfluss geschieht, oder diese Kraft durch die Kraft des sozialen Einflusses übertroffen wird und damit der soziale Einfluss gewinnt.

Silvia (2005) untersuchte diese Problematik, in dem er die wahrgenommene Ähnlichkeit der Versuchsteilnehmerinnen mit der Autorin des Beeinflussungsversuches kontrollierte und darüber hinaus die Bedrohung der Freiheit, eine bestimmte Einstellung zu haben oder nicht zu haben, variierte. Er fand dabei heraus, dass ein Bumerangeffekt nur dann entstand, wenn die Ähnlichkeit des Autors des Beeinflussungsversuches mit der Versuchsperson gering



war. Wenn Sender und Empfängerin der Beeinflussungssituation sich sehr ähnlich waren, war der Beeinflussungsversuch erfolgreich, unabhängig davon, ob zuvor Reaktanz ausgelöst worden war oder nicht. Ähnlichkeit hat dabei, so folgert der Autor, die Kraft hin zu einer erfolgreichen Beeinflussung durch eine Steigerung der Sympathie gestärkt und die Kraft zum Widerstand reduziert, in dem die Botschaft als weniger bedrohlich erlebt wurde.

In ihrem Artikel zur Anwendung der Reaktanztheorie auf die Untersuchung des Gesundheitsverhaltens beschreiben Gibbons, Gerrard und Pomery (2004) nicht nur negative Auswirkungen von Reaktanz auf den Erfolg von gesundheitsrelevanten Kommunikationen, sondern auch positive Auswirkungen. Sie zitieren eine Untersuchung von Rothman und Salovey (1997), die zum Ergebnis hatte, dass gesundheitsrelevante Mitteilungen eine bestimmte Art von Reaktanz auslösen, die zu einem gesteigerten Gesundheitsverhalten führen kann. Dabei war die Idee der Rahmung der Information entscheidend. Wurde in der Mitteilung der Verlust an Handlungsspielräumen im Falle eines Nichtausführens von bestimmten protektiven Verhaltensweisen betont, z.B. den Verlust der Zähne, wenn keine Zahnseide benutzt wird, hatte dies einen positiven Einfluss auf das Gesundheitsverhalten. Diese Art der Reaktanz, so folgern die Autoren, kann sehr motivierend und sehr konstruktiv sein. Auf der anderen Seite weisen sie aber auch auf die Möglichkeit eines Bumerangeffektes hin, der dazu führt, dass Personen, die z.B. die gesundheitsrelevante Mitteilung erhalten, weniger Alkohol zu trinken, in der Zukunft mehr Alkohol trinken als Personen, die keinem entsprechenden Beeinflussungsversuch ausgesetzt waren.

Besonders relevant für die vorliegende Untersuchung dürften die Ergebnisse rund um das Drogenpräventionsprogramm DARE (Brown, 2001, zit. nach Gibbons et al., 2004) sein, die die Autoren referieren. Besonders hervorzuheben sind dabei die impliziten Bedrohungen der Handlungsspielräume von Jugendlichen, die sich einem solchen Präventionsprogramm unterziehen. Auf Basis von Forschungsergebnissen wurde den Jugendlichen mitgeteilt, dass das Verführungspotential von Drogen auch wesentlich durch den sozialen Einfluss der Peer-group entsteht und es wurden mit ihnen Kompetenzen eingeübt, diesem Einfluss zu widerstehen. Dabei zeigte sich allerdings, dass sich die Jugendlichen gegen Behauptungen wehrten, die einen Einfluss von anderen auf ihr Verhalten herausstellten. Sie bevorzugten eher Attributionen für ein Risikoverhalten, die ganz ähnlich denen ihrer Eltern waren, die eher interne Faktoren wie Neugier, Stressreduktion und den Wunsch nach positiven Gefühlszuständen beinhalteten. Bei der Gruppe der Jugendlichen, die in Bezug auf den Drogenkonsum unentschieden waren, zeigte sich, dass zwar der explizite Inhalt der Mitteilung, nämlich die Auf-

forderung, keine Drogen zu nehmen, keine Reaktanz auslöste, wohl aber der implizite Inhalt, nämlich die transportierte Idee, dass das Verhalten der Jugendlichen durch andere beeinflusst wird. Die Autoren fassen zusammen, dass auch Mitteilungen zur Prävention oder Intervention, die nicht Handlungsspielräume einschränkten, bei Jugendlichen eine bestimmte Form von Reaktanz auslösen können, die mit der impliziten Botschaft, dass sie manipuliert werden, zu tun hat.

Die Unterscheidung zwischen implizitem und explizitem Inhalt einer Mitteilung ist dabei auch für die vorliegende Untersuchung relevant. Störungsmodelle, die aus einer systemischen Perspektive heraus entwickelt werden, betonen die Kontextabhängigkeit des Verhaltens und sind bemüht, Individuen in ihrem Systemkontext zu betrachten (Ludewig, 2002). Dementsprechend ist die Wahrscheinlichkeit auch größer, dass therapeutische Störungsmodelle aus einer systemischen Perspektive heraus eine implizite Mitteilung beinhalten, die Reaktanz auslösen könnte. Dabei ist ein interessanter Aspekt der zitierten Untersuchung, dass das im Drogenpräventionsprogramm verwendete Störungsmodell, nämlich der Drogenkonsum als Ergebnis des Einflusses von anderen, zwar die Forschungslage abbildet, allerdings trotzdem zu einer negativen Reaktion führt, die durch Reaktanz vermittelt ist.

### **2.7.1 Die Rolle von Reaktanz im therapeutischen Prozess**

Shoham, Trost und Rohrbaugh (2004) beschreiben in ihrem Artikel zur klinischen Relevanz der Reaktanztheorie, dass Klientinnen, die Schwierigkeiten haben, die sie als relativ frei gewählt erleben, also das Gefühl haben, sie jederzeit aufgeben zu können, wie z.B. das Rauchen, stärker mit Reaktanz auf klinische Beeinflussungsversuche reagieren als Patienten, die unter eher als unfrei erlebten, unkontrollierbaren Verhaltensproblemen, wie z.B. Angststörungen, leiden. Dies gilt sowohl für Beeinflussungsversuche von Angehörigen als auch für Beeinflussungsversuche von Therapeuten. Sie beziehen sich dabei auf zwei Untersuchungen von Rohrbaugh, Tennen, Press und White (1981, zit. nach Shoham et al., 2004) und Tennen, Press, Rohrbaugh und White (1981, zit. nach Shoham et al., 2004). Sie gehen davon aus, dass für die Gruppe der Klienten mit hoch ausgeprägter Reaktanz eher paradoxe Interventionen angemessen sind. Unter paradoxen Interventionen verstehen sie eine Gruppe therapeutischer Taktiken, die gemeinsam haben, dass sie versuchen eine Veränderung zu induzieren, in dem sie von dieser Veränderung abraten. Als die gängigste paradoxe Intervention beschreiben sie das Verschreiben von Symptomen, die der Klient als seine Beschwerden beschreibt. Die Autoren berichten von einer Untersuchung von Shoham-Salomon, Avner und Neeman (1989, zit. nach Shoham et al., 2004), in der überprüft wurde, in wieweit Versuchspersonen mit hoher

oder niedriger induzierter Reaktanz mehr von paradoxen oder von Selbstmanagement-Ansätzen profitieren. Dabei fanden sie eine Wechselwirkung zwischen der Reaktanz und den Behandlungsbedingungen heraus, sodass die Patienten in der Bedingung „hohe Reaktanz“ mehr von den paradoxen Interventionen als von den Selbstmanagement-Interventionen profitierten, es in der Bedingung „niedrige Reaktanz“ aber keine Unterschiede in den Behandlungsergebnissen zwischen den beiden therapeutischen Ansätzen gab. Behandelt wurde in der Untersuchung die Tendenz der akademischen Verschleppung, also des Aufschiebens von studienbezogenen Aufgaben durch Studenten.

Darüber hinaus wird eine ähnliche Studie beschrieben, in der Shoham, Bootzin, Rohrbaugh und Urry (1996, zit. nach Shoham et al., 2004) die Auswirkung von paradoxen therapeutischen Interventionen und progressiver Muskelrelaxation auf Patientinnen mit Schlafstörungen untersuchten, die sich auf der Dimension der Reaktanz unterschieden. Dabei zeigten sich ähnliche Ergebnisse wie in der ersten Studie, darüber hinaus wurde aber sechs Monate später eine Follow-Up-Untersuchung durchgeführt, in der herausgefunden wurde, dass nach wie vor die Klientinnen, die eine hohe Reaktanz erlebten, weniger Schlafstörungen aufwiesen wenn sie mit paradoxen Interventionen behandelt wurden als Klientinnen mit niedriger Reaktanz. Umgekehrt galt, dass die Patientinnen mit niedriger Reaktanz nachhaltigeren Behandlungserfolg in der Bedingung der progressiven Muskelrelaxation zeigten.

Diese Untersuchungen sind für die Erforschung von Störungsmodellen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung deshalb von Interesse, da auch hier erlebte Freiheit und Kontrollierbarkeit der von den Patientinnen und Eltern beschriebenen Symptomatiken ein sinnvolles Unterscheidungsmerkmal darstellen. Die gebräuchliche Unterscheidung von internalisierenden und externalisierenden Symptomen (z.B. Arbeitsgruppe-Deutsche-Child-Behavior-Checklist, 1993) steht dabei mit der Dimension der Kontrollierbarkeit in Verbindung. So kann man vermuten, dass Patienten mit externalisierenden Symptomen wie z.B. aggressivem oder dissozialem Verhalten ihre Verhaltensauffälligkeiten eher unter eigener Kontrolle erleben als Patientinnen mit internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. Ängsten oder Depressionen. Geht man nun davon aus, dass die erste Gruppe mehr Reaktanz durch therapeutische oder elterliche Beeinflussungsversuche erlebt als die zweite Gruppe, so hat dies auch Auswirkungen auf die Kommunikation über Störungsmodelle.

Auch Brehm (1976) widmet sich in ihrer umfassenden Arbeit zur Anwendung sozialpsychologischer Theorien auf die klinische Praxis paradoxen Effekten von therapeutischen Beeinflussungsversuchen. Sie stellt fest, dass ironischerweise derjenige, der am meisten von

seiner Klientin gemocht und respektiert wird, das Risiko eingeht, weniger erfolgreich zu sein, wenn er einen starken Beeinflussungsversuch hin zu einem wünschenswerten Verhalten unternimmt, als eine Therapeutin, die nicht gemocht wird und den gleichen Beeinflussungsversuch durchführt. Brehm (1976) fasst zusammen, dass Forscherinnen in der Literatur zur psychologischen Reaktanz immer wieder zu dem Ergebnis kommen, dass die Variablen, die gemeinhin mit einem erfolgreichen Einfluss auf eine Patientin in Verbindung gebracht werden (z.B. Sympathie dem Therapeuten gegenüber) unter bestimmten Bedingungen auch Reaktanz erzeugen können und den Einfluss der Therapeutin reduzieren können.

Einen weiteren durch Reaktanz vermittelten Effekt auf die therapeutische Einflussnahme beschreibt Brehm unter dem Stichwort „Schläfereffekt“, womit gemeint ist, dass bei Therapieunterbrechung, z.B. wenn der Therapeut in Urlaub ist, sich stärkere positive Veränderungen zeigen, als während der Therapie. Dies erklärt Brehm (1976) mit der nicht mehr vorhandenen Einflussnahme und der damit reduzierten Reaktanz unter der Bedingung der Therapieunterbrechung, so dass sich dann eine positive Veränderung einstellen kann.

Einen weiteren paradoxen Effekt folgert Brehm (1976) aus dem Ergebnis der Reaktanzforschung, dass alte Handlungsspielräume durch die Einführung von neuen, attraktiveren Handlungsmöglichkeiten bedroht werden können und dadurch Reaktanz auslösen können, die dazu beiträgt, dass die betreffenden Personen ihre neuen Handlungsmöglichkeiten nicht nutzen. Brehm (1976) bezieht sich dabei auf eine Untersuchung von Brehm und Rosen (1971). Daraus folgert sie, dass wenn es um Einführung neuer Handlungsmöglichkeiten bei Patienten geht, diese von Aufforderungen begleitet sein sollten, auch das frühere Verhalten noch weiter auszuführen, was an sich einer paradoxen Aufforderung gleich käme.

Shoham et al. (2004) stellen Effekte der psychologischen Reaktanz in einen Zusammenhang mit sogenannten ironischen Prozessen, die beinhalten, dass ein Problem dadurch weiter besteht, dass Personen in der Umgebung des Patienten nicht erfolgreiche Versuche unternehmen, dieses zu lösen. Als Beispiel nennen sie die gut gemeinten Versuche, die Verhaltensorption „rauchen“ bei einer Person zu reduzieren und diese damit zu motivieren, entweder das Verhalten beizubehalten oder sogar zu steigern. Das bedeutet, dass diese verständlichen Versuche vom Raucher als Bedrohung seiner Verhaltensorptionen bzw. Freiheiten erlebt werden und dann in eine umgekehrte Richtung gehen. Sie haben deshalb einen gegenteiligen Effekt, da der wohlmeinende Helfer als Agent einer Einschränkung der Verhaltensorptionen erlebt wird und dadurch Reaktanz erzeugt wird, was wiederum dazu führt, dass die Versuche, dieses Verhalten zu reduzieren, seitens der Helfer verstärkt werden. Shoham et al.

(2004) gehen davon aus, dass solche „ironischen Prozesse“ innerhalb der Person als auch zwischen den Personen im Kontext von interpersonalen Beeinflussungsversuchen geschehen und mehr mit Reaktanz in Zusammenhang stehen. Als Beispiel nennen sie den Romeo und Julia-Effekt und beziehen sich damit auf eine Untersuchung von Driscoll, Davis und Lipetz (1972), in der herausgefunden wurde, dass der Versuch der elterlichen Einflussnahme auf die Partnerwahl von Jugendlichen zu einem Aufflammen ihrer romantischen Liebe führt. Shoham et al. (2004) berichten von ihrer Untersuchung (Shoham, Rohrbaugh, Stickle und Jacob (1998), in der dieser Zusammenhang genauer untersucht wurde. In dieser Studie wurden alkoholranke Männer und ihre Partnerinnen gebeten, sich einer zehnminütigen Interaktionsaufgabe zu unterziehen, in der sie einen ehelichen Konflikt und das Alkoholproblem des Ehemannes diskutieren sollten. Während dieser Interaktion wurden zwei Verhaltensmuster gemessen. Zum einen wurde die Verhaltenssequenz „Anforderung der Partnerin“ und „sich Entziehen des Ehemannes“ und zum anderen die Verhaltenssequenz „Anforderung des Ehemannes“ und „sich Entziehen der Partnerin“ aufgezeichnet. Dabei fanden die Autorin und die Autoren heraus, dass wie erwartet die Paare, wenn sie das Alkoholproblem des Ehemannes diskutierten, ein höheres Maß der Interaktionssequenz „Anforderung der Partnerin, sich Entziehen des Ehemannes“ als der Verhaltenssequenz „Anforderung des Ehemannes und „sich Entziehen der Partnerin“ zeigten. Dies galt allerdings nicht, wenn die Paare andere Ehekonflikte diskutierten. Sie erklärten dies damit, dass im Falle der Diskussion der Alkoholproblematik der eine Partner das Verhalten des anderen Partners als Bedrohung seiner Verhaltensorptionen erlebt und dadurch Reaktanz entsteht, die ihn dazu motiviert, seine Verhaltensorptionen durch eine Intensivierung des Verhaltens wieder herzustellen, so dass ein „ironischer Prozess“ entsteht. Genauer gesagt erlebt die Partnerin das Verhalten ihres Ehemannes als eine Einschränkung ihrer Verhaltensorption, Anforderungen zu stellen, was bei ihr Reaktanz auslöst und die Attraktivität des Anforderungen stellenden Verhaltens erhöht, was wiederum zu einem verstärkten Alkoholkonsum beim Ehemann führt.

In der gleichen Untersuchung wurde die Effektivität von kognitiver Verhaltenstherapie und Familiensystemtherapie für alkoholranke Männer in Abhängigkeit von den Interaktionsmustern der Partner verglichen. Dabei zeigte sich, dass es eine Wechselwirkung mit dem Interaktionsmuster und der Behandlungsbedingung gab. Waren die Paare stärker in das beschriebene komplementäre Interaktionsmuster des Anforderungsstellens seitens der Partnerin und des sich Entziehens seitens des Ehemannes involviert, erwies sich die kognitive Verhaltenstherapie als weniger effektiv als die Familiensystemtherapie. Patienten, die in diese Inter-

aktionsmuster verstrickt waren, gaben eher auf und tranken mehr, als die Patienten, die an einer Familiensystemtherapie teilnahmen. Die Autorin und die Autoren erklären diese Ergebnisse damit, dass die kognitive Verhaltenstherapie im Falle von Paaren mit verstrickten Interaktionsmustern das verstrickte Interaktionsverhalten replizieren könnte und damit eine Situation des „mehr des Gleichen“ entsteht, die ineffektiv ist.

### **2.7.2 Konkrete Empfehlungen für die therapeutische Kommunikation**

Brehm (1976) leitet aus ihrer Analyse der experimentellen Literatur zur psychologischen Reaktanz ganz konkrete Empfehlungen für den therapeutischen Kommunikationsprozess ab. Sie stellt fest, dass Therapeuten häufig dazu neigen, einseitige Mitteilungen zu machen und eine bestimmte Verhaltensalternative favorisieren. Dies kann allerdings, so Brehm (1976), zu einer Bedrohung von Verhaltensoptionen und damit zu Reaktanz führen, so dass der Beeinflussungsversuch seine Wirkung verliert. Wenn eine Autoritätsperson den Beeinflussungsversuch vornimmt, kann es zu einem Bumerang-Effekt kommen, der den Patienten in der nicht favorisierten Verhaltensoption bestärkt. Das gleiche gilt auch, wenn der Patient vorhersieht, dass der Beeinflussungsversuch weitere Beeinflussungsversuche in der Zukunft nach sich zieht. Brehm (1976) leitet daraus die Empfehlung für Therapeuten ab, der Patientin mitzuteilen, dass es sich um einen ungewöhnlichen Vorschlag handelt, der keine Implikation für zukünftiges Verhalten beinhaltet. Dies führe zu einer Verringerung der Wahrscheinlichkeit der Reaktanz und zu einer Vergrößerung der Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Beeinflussungsversuches. Insbesondere wenn es um Verhaltensweisen geht, für die die Patientin sich kompetent erlebt, sollte der Therapeut besonders vorsichtig in Bezug auf seine Beeinflussungsversuche sein.

Ein weiteres Problem stellen Beeinflussungsversuche dar, wenn es um Meinungen oder Haltungen geht, die der Patient selber schon einnimmt. Hier führe die Reaktanz dazu, dass die Patientin ihre Meinung entgegen ihrer früheren Position verändert, um ihren Verhaltensspielraum wieder herzustellen, also somit eine therapeutisch nicht wünschenswerte Veränderung erlebt. Eine Möglichkeit, diese Gefahr zu reduzieren, ist, der Patientin vor dem therapeutischen Beeinflussungsversuch die Möglichkeit einzuräumen, die nicht favorisierte Position einzunehmen. Dies kann zum Beispiel dann relevant sein, wenn die Patientin eine Haltung oder Überzeugung einnimmt, die zwar therapeutisch wünschenswert ist, aber aus therapeutischer Sicht nicht stark genug ist.

Ein weiterer Aspekt, den Brehm (1976) beleuchtet, ist der Effekt sozialer Abhängigkeit durch einen therapeutischen Gefallen. Damit meint sie die Haltung einer Therapeutin, die Patientin dazu zu bringen, eine Verhaltensänderung auszuprobieren und dies für sie zu tun. Dies könne aber zu einem gesteigerten Reaktanzerleben führen, wenn der Patient sich sozial abhängig vom Therapeuten erlebt. Eine mögliche Konsequenz daraus ist, dass die Wahrscheinlichkeit reduziert wird, dass der Patient eine neue, therapeutisch wünschenswerte Verhaltensweise ausprobiert. Eine Möglichkeit dem zu begegnen ist nach Brehm (1976) herauszustellen, dass es sich beim Gefallen für den Therapeuten um eine Ausnahme handelt, die keine Implikation für die Zukunft beinhaltet. Ebenso verhält es sich nach Brehm (1976) mit Belohnungen, die für Verhaltensänderungen angeboten werden und die ebenfalls aufgrund der Implikationen für zukünftige Verhaltenseinschränkungen Reaktanz erzeugen. Auch hier empfiehlt sie die Belohnung seitens des Therapeuten nicht mit der Präsentation der Intention zu verbinden, das Verhalten der Patientin verändern zu wollen. Für operante Verhaltensprogramme empfiehlt Brehm (1976) deshalb, den Druck, ein bestimmtes Verhalten zu zeigen, so gering wie möglich zu halten, in dem die Belohnung so gering wie möglich gehalten wird.

## **2.8 Subjektive Krankheitssvorstellungen**

Während der Begriff „Störungsmodell“, so wie er in der vorliegenden Untersuchung verwendet wird, auf die wahrgenommenen Ursachen einer psychischen Erkrankung fokussiert, sind Untersuchungen zu subjektiven Krankheitsvorstellungen deutlich breiter angelegt und gehen oft induktiv vor, in dem sie versuchen, unterschiedliche Merkmale von Krankheitsvorstellungen herauszuarbeiten.

Nach einer Definition von Flick (1998, zit. nach Faltermaier & Brütt, 2013) stellen Krankheitstheorien Alltagswissen und Erklärungsmuster dar, die einen Einfluss auf das konkrete Handeln im Umgang mit einer Erkrankung haben. Subjektive Krankheitstheorien haben spezifische Funktionen für die Betroffenen. So kann die Suche nach Sinn als Versuch gewertet werden, die Erkrankung zu verstehen und sie damit in der Zukunft beeinflussen zu können (Faltermaier & Brütt, 2013). Furnham und Anthony (2010) erhoffen sich durch die Untersuchung von Laientheorien Erklärungen für stigmatisierende Einstellungen gegenüber psychisch Kranken. Salewski (2002) äußert die Ansicht, dass für chronisch kranke Menschen die Frage nach den Ursachen ihrer Erkrankung, nach typischen Symptomen und den Verläufen sehr nahe liegt, da der beeinträchtigte Gesundheitszustand ständig präsent sei und sich auf den Alltag der Betroffenen auswirke.

Die Erforschung von subjektiven Vorstellungen von Erkrankungen, seien sie körperlicher oder psychischer Natur, in der vorliegenden Arbeit als „Störungsmodelle“ bezeichnet, sind deshalb von Bedeutung, weil sie das Handeln von Betroffenen leiten und damit auch eine Auswirkung auf die Wirksamkeit von Behandlungsmaßnahmen haben (Faltermaier & Brütt, 2013). Es ist unmittelbar einsichtig, dass die Art und Weise, wie eine Patientin ihre Erkrankung versteht, wie sie z.B. Heilungschancen sieht oder auch Ursachen konzeptualisiert, ihr Handeln in die eine oder andere Richtung leitet, je nachdem welche Ziele sie verfolgt und wie sie motiviert ist, diese Ziele zu erreichen. Wissenschaftliche Arbeiten, die sich der Erforschung von Gesundheitsvorstellungen widmen, gehören nach Faltermaier und Brütt (2013) in das Feld der Gesundheitsforschung. Gesundheitsvorstellungen, so beschreiben sie in ihrem Übersichtsartikel, ermöglichen die Vorhersage von präventivem Gesundheitsverhalten, und Krankheitsvorstellungen können als Prädiktor für Krankheitsverhalten dienen. Subjektive Krankheitstheorien seien deswegen bedeutsam für das Handeln von Betroffenen, da Vorstellungen von Krankheitsursachen und Kontrollmöglichkeiten entscheidend dafür seien, ob Menschen glauben, einen Einfluss auf den Behandlungs- und Krankheitsverlauf zu haben. Faltermaier und Brütt (2013) fordern, dass Professionelle im Behandlungs- und Rehabilitationssystem lernen, die subjektiven Gesundheits- und Krankheitstheorien ihrer Patienten zu explorieren, um sie dann in der Behandlung nutzen zu können.

### **2.8.1 Das Commonsense<sup>9</sup>-Modell**

Das Commonsense-Modell (CSM), dass im Laufe der letzten 40 Jahre entwickelt wurde, stellt einen Rahmen dar, um zu verstehen, wie Menschen mit der Bedrohung ihrer Gesundheit umgehen (Leventhal, Bodnar-Deren, Breland, Hash-Converse & Phillips, 2012). Dabei wird das Zusammenwirken von Variablen in Form von Regelkreisen angenommen, die zu einem bestimmten Verhalten führen. So könne verstanden werden, wie Menschen im Angesicht einer gesundheitlichen Bedrohung wahrnehmen, diese verstehen, reagieren und mit anderen interagieren, um mit der Erkrankung umzugehen. Der Autor und die Autorinnen gehen dabei von einer weiten Gültigkeit und Anwendbarkeit des Modells aus.

Leventhal et al. (2012) beschreiben ihr Modell, das sehr detaillierte Angaben über das Zusammenwirken verschiedener Variablen in Form eines Regelkreises beinhaltet, folgendermaßen: Die Wahrnehmung einer Diskrepanz zum sonstigen Körpererleben oder -funktionieren wird automatisch erkannt und bewusst oder unbewusst mit Krankheitsprototy-

---

<sup>9</sup> Gesunder Menschenverstand



pen abgeglichen, um eine Repräsentation der Krankheit zu bilden. Sobald diese die Wahrnehmungsschwelle überschreitet, weil ein spezifischer Prototyp ausreichende Passung aufweist, oder die körperliche Diskrepanz in ihrer Stärke oder Dauer zunimmt, beginnen die exekutiven Funktionen der Person mit der Selbstuntersuchung und Behandlung. Wenn die Problematik, was ihre Dauer oder Ernsthaftigkeit angeht, weiter zunimmt oder die Selbstbehandlung nicht anspricht, sucht die Person Rat bei einer nahestehenden Person und sucht dann im nächsten Schritt, sofern die nahestehende Person mit ihrer eigenen Sorge übereinstimmt, medizinische Hilfe. Dabei kann die Schwelle, ab der eine Diskrepanz festgestellt wird, von Person zu Person verschieden sein.

Leventhal et al. (2012) beschreiben fünf Merkmale von Krankheitsrepräsentationen, die aus Interviews mit Patientinnen und aus Untersuchungen, in denen Krankheitsbeschreibungen multidimensional skaliert wurden, stammen. Die Identität der Erkrankung (1) bezieht sich auf die Symptome, die eine spezifische Erkrankung ausmachen. Der zeitliche Verlauf (2) beinhaltet Überzeugungen zu Beginn, Dauer und Rückgang der Symptome mit oder ohne Behandlung. Die Gründe für die Erkrankung (3) beziehen sich auf externe Faktoren, wie z. B. Bakterien, interne Faktoren, wie z. B. eine genetische Prädisposition oder Verhalten, dass zur Entstehung der Krankheit beiträgt. Die antizipierten und erfahrenen Konsequenzen (4) der Erkrankung beinhalten physische, emotionale, soziale und ökonomische Folgen. Das Merkmal Kontrolle (5) bezieht sich auf die Frage, ob die Krankheit auf eigene oder Maßnahmen von Experten anspricht. Es wird nun angenommen, dass diese Variablen die Auswahl von Kontrollversuchen bezüglich der Erkrankung bestimmen.

### **2.8.2 Somatoforme Störungen**

Martin (2013) beschreibt ungünstige subjektive Krankheitskonzepte bei somatoformen Störungen, die aus einem Muster von somatisch-biomedizinischen Kausalattributionen, katastrophisierenden Bewertungen der eigenen Symptome, negativen Verlaufserwartungen und geringen, internalen Kontrollüberzeugungen bestehen. Martin (2013) stellt eine Liste von Studien zu Kausalattributionen bei somatoformen Störungen oder medizinisch unklaren Symptomen zusammen, in denen überwiegend Fragebögen verwendet wurden. Sie zieht die Schlussfolgerung, dass die meisten Studien ergeben, dass Patientinnen mit somatoformen Störungen oder medizinisch unklaren Körpersymptomen dazu tendieren, somatische Ursachen für ihre Beschwerden verantwortlich zu machen. Dabei zeigen die Ergebnisse der Untersuchungen keinen monokausalen Attributionsstil, es werden in der Regel mehrere Ursachen in Betracht gezogen. Dabei werden somatische Attributionen mit einem dysfunktionalem

Krankheitsverhalten in Verbindung gebracht (Rief, Nanke, Emmerich, Bender & Zech, 2004, zit. Martin, 2013). Ein Interventionsansatz, der solche Erkenntnisse nutzt ist z. B. das Reattributionmodell von Goldberg (Goldberg, Gask & O'Dowd, 1989, Goldberg 1992, zit. nach Martin, 2013). Dieses Modell baut auf einer Modifikation dysfunktionaler somatischer Krankheitskonzepte mit dem Ziel der Entwicklung eines psychophysiologischen Krankheitskonzeptes auf.

Goldbeck und Bundschuh (2007) weisen darauf hin, dass Forschungsergebnisse aus der Psychosomatik einen engen Zusammenhang zwischen den somatoformen Störungen der Erwachsenen und dem krankheits- und gesundheitsbezogenen Verhalten ihrer Kinder belegen (Craig, Cox & Klein, 2002, zit. nach Goldbeck & Bundschuh, 2007). Mit Hilfe von halbstandardisierten Interviews untersuchten Goldbeck und Bundschuh (2007) zwei Gruppen von Patienten mit ihren Eltern, die eine mit der Diagnose einer somatoformen Störung, die andere mit der Diagnose eines Asthma bronchiale. Mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse wurden die Antworten zu Kategorien zusammengefasst, die Häufigkeiten in diesen Kategorien gezählt und Unterschiede und Übereinstimmungen zwischen Eltern-Kind Paaren inferenzstatistisch analysiert. Dabei fanden sie heraus, dass die krankheitsbezogenen Kausalattributionen eine hohe Komplexität aufwiesen, die durch multiple Ursachenannahmen gekennzeichnet war. Inhaltsanalytisch wurden die Kategorien „Genetische Ursachen“, „intrapyschische Faktoren“, „körperliche Ursachenannahmen“, „gesundheitsschädliches Verhalten“, „Entwicklungsphänomen“, „soziale Ursachenfaktoren“ und „physikalisch-externale Faktoren“ gebildet. Darüber hinaus wurden die Kontrollüberzeugungen der Probanden analysiert. Es zeigte sich weiter, dass die subjektiven Theorien der Eltern differenzierter als die der Kinder waren. Dabei besetzten die Eltern stärker die Kategorien „soziale Ursachenfaktoren“ und „Entwicklungsphänomen“. Die Übereinstimmung zwischen Eltern und Kindern im Bereich der Kausalattributionen lag maximal je nach Kategorie bei 36 %.

Goldbeck und Bundschuh (2007) schließen aus den Befunden, dass krankheitsbezogene Attributionen als multidimensionale Konzepte und nicht als dichotome Typisierung von Patienten verstanden werden sollten. Die Übereinstimmungen zwischen den Theorien der Eltern und Kinder beurteilen Goldbeck und Bundschuh (2007) als eher moderat. Der Befund, dass in beiden Diagnosegruppen körperliche Krankheitsursachen relativ selten in Betracht gezogen werden, genetische Ursachenvorstellungen aber überwiegend von Eltern der Asthmapatienten angegeben werden, erklären sie damit, dass es schon psychotherapeutische Interventionen in der Gruppe der somatoform gestörten Patienten gegeben hatte. Goldbeck und

Bundschuh (2007) schlussfolgern weiter, dass eine frühzeitige Einbeziehung der subjektiven Konzepte für die Diagnostik und Interventionsplanung dringend geboten sei, um die Behandlung effektiv zu gestalten.

Zu einem anderen Ergebnis kamen Furnham, Daoud und Swami (2009). Sie untersuchten die Merkmale von Laientheorien zur Psychopathie<sup>10</sup> anhand von Fallvignetten, die sie Probanden mit der Aufgabe vorlegten, die Erkrankung zu identifizieren und einen ihre Einstellung zu dieser Erkrankung erfassenden Fragebogen zu beantworten. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die Probandinnen eindimensionale Überzeugungssysteme bezüglich der Psychopathie aufweisen, da die Überzeugungen zur Symptomatik, Ätiologie und Behandlung alle signifikant korrelierten.

### **2.8.3 Biomedizinisch versus psychosozial**

Furnham, Kirkcaldy und Siefen (2013) beschreiben zwei grundlegende Modelle als Schlüsselkonzepte für Experten und Laien. Der biomedizinische Ansatz geht von einer ausschließlichen Verursachung von Erkrankungen durch körperliche und biologische Faktoren und einen spezifischen pathologischen Prozess aus. Der biopsychosoziale Ansatz auf der anderen Seite nimmt ein Zusammenwirken von körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren unter Einbeziehung des Gesundheitssystems an. Dabei werden auch Wechselwirkungen und Rückkoppelungen zwischen den verschiedenen Faktoren angenommen. Eine Untersuchung von Furnham und Rees (1988 zit. nach Furnham et al., 2013) ergab, dass Laientheorien psychischer Störungen entweder den psychologischen oder den sozialen Theorien zugeordnet werden konnten. Zwar überlappen sich wissenschaftliche Theorien und Laientheorien in gewissem Umfang, unterscheiden sich aber in der Bewertung externer Einflüsse, z.B. geben sie Glück oder Religion eine Rolle bei der Entstehung psychischer Störungen (Furnham und Buck, 2003, zit. nach Furnham et al., 2013). Ein weiterer Unterschied ist, dass Laien stärker psychologische, soziale und familiäre Ursachen in Betracht ziehen. Furnham et al. (2013) fordern, dass Psychologinnen und Ärzte subjektive Krankheitsmodelle in ihre Behandlungen integrieren.

In einer Untersuchung mit Hilfe eines speziell gestalteten Fragebogens, in dem die Probandinnen Fallvignetten von depressiven, schizophrenen und bipolaren Erkrankungen beurteilen sollten, und einem weiteren Fragebogen, in dem anhand früherer Untersuchungen Einstellungen zu den Erkrankungen erhoben wurden, untersuchten Furnham und Anthony

---

<sup>10</sup> antisoziale Persönlichkeitsstörung

(2010) wie gut die Probandinnen in der Lage waren, die Erkrankungen richtig zu identifizieren und versuchten faktorenanalytisch kohärente Kategorien für Ursachen und Behandlung der Erkrankungen in den Einstellungsmustern der Probanden zu finden. Es zeigte sich, dass die bipolare Erkrankung (manische Episode) seltener erkannt wurde als eine Depression, allerdings im gleichen Maß wie eine Schizophrenie. Die Faktorenanalyse ergab, dass Laientheorien eine kohärente Struktur, was die Wahrnehmung von Ursachen, aber auch von Behandlung angeht, aufweisen. Für die Krankheitsursachen bestand diese Struktur aus den Faktoren „Internal / Lernen“, „Psychodynamik“, „Sozialisation“, „Genetisch“ und „Biologisch“. Die Autorin und der Autor schließen daraus, dass die Faktorenstruktur von Laientheorien teilweise mit den akademischen Theorien korrespondiert und damit frühere Untersuchungen bestätigt werden. Darüber hinaus sei die klare Faktorenstruktur ein Hinweis darauf, dass die Laientheorien nicht mit dem Diathese-Stress-Modell von Erkrankungen erklärt werden können. Ein weiterer Befund von Furnham und Anthony (2010) war, dass die Überzeugung einer psychodynamischen Verursachung im Gegensatz zu einer biologischen oder genetischen Verursachung durch einen geringes Maß an psychiatrischem Vorwissen bei den Probandinnen vorhergesagt werden konnte.

#### **2.8.4 Kinder und Jugendliche**

Goldbeck und Bundschuh (2007) äußern ihren Eindruck, dass es in der pädiatrischen Psychosomatik erst in jüngster Zeit im Zuge der Weiterentwicklung familienorientierter Interventionskonzepte verstärkte Bemühungen gebe, subjektive Theorien chronisch kranker Kinder und Jugendliche und ihrer Eltern einzubeziehen. Wiehe (2013) betrachtet Krankheitsvorstellungen von Kindern aus einer entwicklungspsychologischen Perspektive. Subjektive Krankheitstheorien werden als durch den systemischen Kontext von Familie, Schule und Gleichaltrigengruppe beeinflusst angesehen. Wiehe stellt sich u. a. an Lohaus (1993, zit. nach Wiehe, 2013) orientierend fest, dass umfassendere Untersuchungen, die sich inhaltlichen Aspekten subjektiver Krankheitstheorien zuwenden, eher selten sind. Wiehe (2013) unterscheidet 4 Forschungsrichtungen zu subjektiven Krankheitstheorien von Kindern. Eine strukturalistisch ausgerichtete Forschung, in der die kognitive Entwicklung nach Piaget am Inhaltsbereich Krankheit und Gesundheit untersucht wird. Auch entwicklungspsychologisch ausgerichtet, aber stärker den Inhaltsbereich der Krankheitssvorstellungen aufschließend sind Studien, in denen in Interviewform Fragen zu Krankheitsursachen, der Behandlung, der eingeschätzten Schwere und Prävention gestellt werden, die mit der Entwicklungsstufe, auf der sich das Kind befindet, in einen Kontext gestellt werden (Bibace & Walsh, 1979, zit. nach Wiehe 2013).

Studien aus dem Bereich der funktionalistischen Entwicklungstheorie gehen eher davon aus, dass Kinder Informationen nicht grundsätzlich anders verarbeiten als Erwachsene (Eiser, 1989, zit. nach Wiehe, 2013). In skriptanalytischen Ansätzen wird davon ausgegangen, dass das Wissen über die Welt als Repräsentation von Ereignissen gespeichert ist, was für den Bereich der Krankheitsvorstellungen anhand des Skripts zum Arztbesuch untersucht wurde (Eiser, 1990, zit. nach Wiehe 2013). In gesundheitspsychologischen Arbeiten wird nach Prädiktoren für Gesundheitsverhalten im kindlichen Überzeugungssystem gesucht.

Wiehe (2006, zit. nach Wiehe 2013) untersuchte die Rolle subjektiver Krankheitstheorien von Familien mit einem an Diabetes erkrankten Kind. Mit Leitfadeninterviews, halbstandardisierten Verfahren sowie Fragebögen wurden die subjektiven Diabetestheorien und gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen von Eltern und Kindern, die kindlichen und elterlichen Coping-Strategien, das Familienklima, die Therapiemitarbeit sowie die Stoffwechselleistungen untersucht. Anhand einer Inhaltsanalyse und Fallkontrastierung der Antworten ergaben sich sechs verschiedene Typen von Krankheitstheorien (S. 268): „Diabetes als Lebensaufgaben“, „Diabetes als mühsames Alltagsgeschäft“, „Diabetes als Nabelschnur“ (damit war die bindungsstiftende Funktion der Erkrankung gemeint), „Diabetes als organisatorische Aufgabe“, „Diabetes als Schicksalsschlag“ und „Diabetes als Untermieter“ (es wird versucht, dem Kind möglichst viel Selbständigkeit und Freiraum zu gewähren). Bei einem Teil der Familien zeigten sich divergierende Krankheitstheorien, was ein erhebliches Konfliktpotential dargestellt habe. Da sich aus den Kinderinterviews keine eigenständige Krankheitstheorie ableiten lassen konnte, stützte sich die Typologie hauptsächlich auf die Elterninterviews.

Für den Bereich der pädiatrischen Onkologie stellten Kazak et al. (2004) fest, dass krankheitsbezogene Überzeugungen wichtige Prädiktoren für die Behandlungserfolge bei den Eltern der in der pädiatrischen Onkologie behandelten Kinder sind. Neben der Förderung von Resilienz können Überzeugungen von Müttern und Vätern von Krebs überlebenden Kindern auch negativen Folgen, wie eine posttraumatische Belastungsstörung, fördern. Kazak et al. (2004) legten 150 Familien ein Inventar zu krankheitsbezogenen Überzeugungen (Family Illness Beliefs Inventory) zur Beantwortung vor und erhoben zusätzlich Maße für psychische Stresssymptome und posttraumatischen Stress, sowie Maße zu Familienfunktionen, spirituellen Überzeugungen und der Intensität der Krebsbehandlung. Dabei replizierten sie die Faktorenstruktur des Inventars zu krankheitsbezogenen Ängsten (FIBI). Diese Faktoren waren „behandlungsbezogenes Leiden“, „Tod und Verwüstung“ (Pessimismus und Ärger), die Versor-

gungskompetenz der Eltern, „Verbindung“ (Gegenteil zum Faktor 2, soziales Bezogensein) und „Sinnfindung“ (bestehend aus Items, die Optimismus und Spiritualität ausdrücken).

Salewski (2002) fasst den Forschungsstand so zusammen, dass sie acht Kategorien identifiziert, die Bestandteile von subjektiven Krankheitstheorien darstellen und zu denen es einen gewissen Konsens gebe. Dies sind Annahmen über die Symptomatik (1), über die Verlaufsgestalt der Erkrankung (2), über die auslösenden und den Krankheitsverlauf beeinflussenden Bedingungen (3), über die Konsequenzen der Erkrankung (4), über die Behandlung, bzw. Behandelbarkeit (5), über die Kontrollmöglichkeiten (6), über die Heilbarkeit (7) und über den Sinn der Erkrankung (8) (Salewski, 2002). Laut Filipp (1990, zit. nach Salewski, 2002) ermöglichen subjektive Krankheitstheorien den Betroffenen, Vorhersagen über den Krankheitsverlauf zu machen und individuelle Entscheidungen bezüglich der Therapie leichter zu treffen. Salewski (2002) geht davon aus, dass subjektive Krankheitstheorien von Jugendlichen die Besonderheiten der Entwicklungsphase, in der sich die Jugendlichen befinden, widerspiegeln.

Salewski (2002) untersuchte 55 Jugendliche im Alter zwischen 13 und 20 Jahren, von denen die meisten schon seit dem Kleinkindalter unter Neurodermitis litten, in dem sie die acht Kategorien subjektiver Krankheitstheorien in einem halbstrukturierten Interview erhob und mit Hilfe von Fragebögen den Grad der Krankheitsbewältigung maß. Es zeigte sich, dass sich die Jugendlichen in fünf der acht Kategorien unterschieden und zwei Gruppen gebildet werden konnten. Eine Gruppe, „differenzierte-Hochbelastete“ genannt, zeichnete sich dadurch aus, dass die in ihr befindlichen Jugendlichen zahlreiche Angaben über wahrgenommene Konsequenzen und den Sinn der Erkrankung machten. Dies wurde als ein differenzierter Umgang mit den Krankheitserfahrungen und als eine hohe Sensibilität für die Folgen der Erkrankung interpretiert. Diese Gruppe sieht die Ursachen außerhalb der eigenen Person und die Kontrolle innerhalb. Die andere Gruppe wurde als „wenig differenzierte-Niedrig Belastete“ bezeichnet und war dadurch charakterisiert, dass interne biologische und innerpsychische Faktoren als Ursachen der Krankheit beschrieben wurden, allerdings keine akzentuierten Annahmen zu Konsequenzen oder zum Sinn der Erkrankung gemacht wurden. Die Jugendlichen dieser Gruppe sahen darüber hinaus die Kontrolle der Krankheit außerhalb ihrer eigenen Person, also bei Ärzten oder Eltern. Ein Kennzeichen dieser beiden Gruppen war dabei ein Altersunterschied von 2 Jahren, wobei die 2. Gruppe die jüngere war. Weiterhin zeigte sich, dass die Jugendlichen in der Gruppe der hoch Belasteten mehr Stigmatisierungserfahrungen und mehr Leidensdruck beschrieben, und ihre Lebensqualität negativer einschätzten. Salewski

(2002) diskutiert die Ergebnisse in Hinblick auf deren Konsequenzen für die Behandlung der Jugendlichen und plädiert dafür, diese in der Behandlung zu berücksichtigen, auch um die Kooperation mit der Behandlung zu verbessern.

### **2.8.5 Kulturelle Besonderheiten von Laientheorien**

In einer Untersuchung von Bermejo, Kriston und Muthny (2012) zu kulturellen Besonderheiten von Laientheorien bezüglich Krebs und Herzinfarkt wurden gesunde Deutsche und Spanier, einige davon in Deutschland lebend, bezüglich ihrer Ursachen- und Kontrollattributionen mit standardisierten Messinstrumenten befragt. Dabei ergaben sich attributionale Präferenzen innerhalb der Gruppen. Verhaltensaspekte wurden von den deutschen Probandinnen als wichtig bei der Verursachung der Erkrankungen angesehen, spanische Probanden hingegen betonten wenig veränderbare externale Faktoren. Die Autoren plädieren auf der Basis der Befunde für eine größere Passung zwischen dem Gesundheitssystem und der multikulturellen Gesellschaft.

## **2.9 Die Selbstbestimmungstheorie von Ryan und Deci (2000)**

Eine Theorie, die die jeweilige Konfliktstruktur aus einer motivationspsychologischen Perspektive erklären kann, ist die Selbstbestimmungstheorie von Ryan und Deci (2000). Sie beleuchtet die Rolle von 3 Grundbedürfnissen (Bedürfnis nach Kompetenz, Bezogenheit und Autonomie) bei der Handlungssteuerung im Sinne intrinsischer und extrinsischer Motivation, die sie in einen generellen Zusammenhang mit der Entwicklung innerer Ressourcen und Persönlichkeitsentwicklung stellt.

Dabei verweisen Ryan und Deci (2000) auch auf Forschungsergebnisse früherer Untersuchungen, die externe Belohnung als kontraproduktiv für das Aufrechterhalten einer intrinsischen Motivation darstellten. In der Weiterentwicklung ihrer Theorie beschäftigten sie sich mit den Bedingungen extrinsischer Motivation, bzw. mit der Verinnerlichung ursprünglich extrinsisch motivierter Handlungen und unterschieden dabei verschiedene Stufen extrinsischer Motivation, die sich auf einem Kontinuum von Autonomie oder Selbstdetermination unterscheiden. Sie fanden heraus, dass Menschen rein extrinsisch motivierte Handlungen (externale Regulation) als entfremdet wahrnehmen und einen externalen Ort der Kontrolle erleben. Auf der anderen Seite des Kontinuums (integrierte Regulation) wird das ursprünglich external motivierte Verhalten vollständig in Kongruenz mit eigenen Werten und Bedürfnissen

erlebt. Als Voraussetzung für einen solchen Prozess, den sie auch mit psychischer Gesundheit in Verbindung bringen, geht die Theorie von drei Faktoren aus:

1. Bezogenheit, als die Verbindung mit anderen, da Verhalten einerseits an einem Modell von wichtigen anderen orientiert sein kann, oder auch von diesen bewertet wird.
2. Wahrgenommene Kompetenz als Überzeugung, zu dem Verhalten in der Lage zu sein.
3. Erfahrung der Autonomie als kritisches Element beim Prozess der zunehmenden Integration von Verhalten.

Die Selbstbestimmungstheorie wird dabei in unterschiedlichen Lebensbereichen angewandt (Schule, Erziehung, Arbeit). Beispielsweise zitieren Ryan und Deci (2000) eine Untersuchung von Grolnick und Ryan (1989), die eine größere Internalisierung von schulbezogenen Werten bei Kindern, deren Eltern ihre Autonomie und Bezogenheit unterstützten, fanden.



### 3 Entwicklung der Fragestellung zur Voruntersuchung

Die in dieser Arbeit fokussierte Frage ist, wie sich die Interaktion von Störungsmodellen auf den Behandlungsprozess, dabei besonders auch auf die Kooperation und Vernetzung der Akteure und damit auch auf die Effektivität der Behandlung auswirkt. Um diese Frage zu klären, muss in einem ersten Schritt überprüft werden, wie diese Störungsmodelle die soziale Konstruktion psychischer Krankheit steuern oder zumindest beeinflussen, bzw. wie sie in Wechselwirkung miteinander treten.

Störungsmodelle werden hier als komplexe Erklärungskonzepte verstanden, in die Zusammenhänge von psychischen Problemkonstellationen, wie z.B. einem Trauma oder Angst, aber auch Verursachungskonstellationen, körperliche, biologische und psychologische Kontextvariablen, konkrete Akteurinnen, psychologische Konstrukte, wie z.B. Unabhängigkeit, Autonomie, Selbstsicherheit und auf die Familie bezogene gruppenspezifische Aspekte wie Loyalitäten und Koalitionen Eingang finden. Dabei fließen auch Bewertungen ein, wodurch Störungsmodelle auch eine emotionale Valenz bekommen.

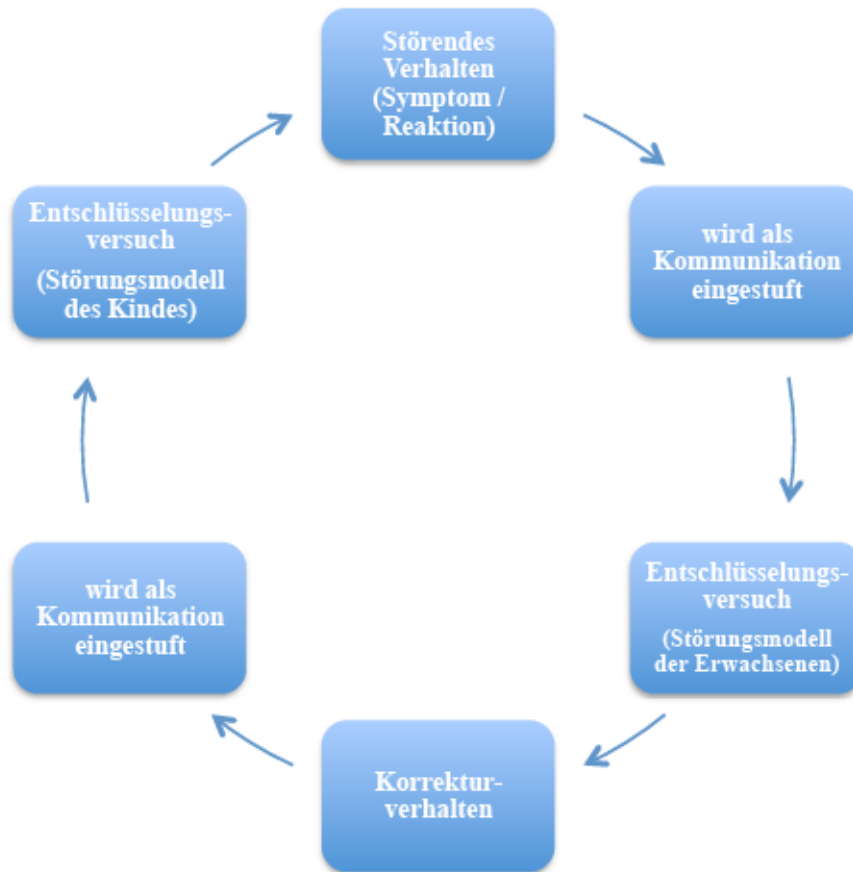
Der Begriff „Krankheitsvorstellung“ wird in der Forschungspraxis weiter gefasst und beinhaltet alle Faktoren, die Einfluss auf das konkrete Handeln im Umgang mit einer Erkrankung haben (Flick, 1998; zit. nach Faltermaier & Brütt, 2013). Dabei werden neben Ursachen der Erkrankung auch Aspekte des zeitlichen Verlaufs oder auch des Wissens um die Erkrankung zu den Krankheitsvorstellungen gezählt. Im Unterschied zur vorliegenden Untersuchung gehen Untersuchungen zu Krankheitsvorstellungen von diagnostizierten Erkrankungen aus (z. B. Goldbeck & Bundschuh, 2007; Martin, 2013). Da aber solche Diagnosen mit Hilfe eines Diagnoseschlüssels schon eine durch Expertinnen weiterverarbeitete Information darstellen, wird in der vorliegenden Untersuchung nicht von der Eingangsdiagnose, sondern von dem Symptom ausgegangen und damit an der beschreibenden Ebene angesetzt. Die Erkrankung wird also in Teilbereiche aufgeschlüsselt. Diagnosen werden nur dann kodiert, wenn sie auch in der Kommunikation Anschluss finden.

Die Voruntersuchung verfolgt im Wesentlichen ein heuristisches Ziel und dient damit der Hypothesengenerierung. Sie basiert auf einem heuristischen Rahmenmodell, das nachfolgend skizziert werden soll.

Die Grundidee in der vorliegenden Arbeit ist nicht die Untersuchung von Symptomen bzw. deren Entstehung im Rahmen von psychischen Erkrankungen bei Jugendlichen. In der vorliegenden Untersuchung soll zentral die Rolle von Störungsmodellen für die Kommunika-

tionsprozesse zwischen allen Beteiligten in der kinder- und jugendpsychiatrischen teilstationären Behandlung untersucht werden. Es steht damit die Frage im Mittelpunkt, wie sich die beteiligten Protagonisten, Eltern, Kinder bzw. Jugendliche, Lehrer und Psychotherapeutinnen die Symptomatik der Jugendlichen erklären und diese damit dem Kommunikationsprozess zugänglich machen. Die Stimmigkeit oder auch Wahrheit des Störungsmodells ist hier also nicht Gegenstand des Interesses. Es wird davon ausgegangen, dass es sich bei der Generierung von Störungsmodellen um einen intuitiven Prozess handelt, in dem das in irgendeiner Form von den Normalitätserwartungen abweichende Verhalten eines Jugendlichen, also seine Symptomatik, kommunikativ beantwortet wird. Diese Annahme beinhaltet, dass dem Symptom in irgendeiner Form eine Bedeutung zugewiesen wird, die in einem Störungsmodell ausgedrückt wird. Das Problemverhaltensweisen von Kindern verstärkte Attributionsanstrengungen auslösen können, konnten Corcoran und Ivery (2004) zeigen. Diese Bedeutung wird quasi in die Kommunikation eingespeist und damit eine Eigendynamik von Reaktionen auf die Symptomatik, die wiederum die Symptomatik verändern können, in Gang gesetzt. Auch das Vorhandensein von zirkulären Prozesse zwischen Eltern und Kinder, in denen sich die Attributionen gegenseitig beeinflussen konnte nachgewiesen werden (Bugental & Shennum, 1984).

Eine mögliche Bedeutung eines abweichenden Verhaltens eines Kindes oder Jugendlichen ist, dass er oder sie Hilfe braucht oder sucht. Diese allgemeine Form einer Bedeutungszuschreibung, die im engen Zusammenhang mit dem Krankheitsbegriff steht, so wie er in dem Konzept „psychische Erkrankung“ ausgedrückt wird, beinhaltet einen spezifischen Aufforderungscharakter für die Personen, die Verantwortung für das Kind oder den Jugendlichen tragen. Dies wären in der Schule die Lehrerin, Sozialarbeiterin, in erster Linie aber die Eltern, vielleicht auch andere Familienmitglieder und vorübergehend dann auch die Psychotherapeuten. Die Tatsache des abweichenden Verhaltens und möglicherweise auch die besondere Situation des Aufforderungscharakters, der durch die asymmetrische Kind-Erwachsenenbeziehung entsteht, könnte Suchprozesse, die Bedeutungszuschreibungen in Gang setzen, fördern.



**Abbildung 1: Heuristisches Rahmenmodell zur Rolle von Störungsmodellen**

Es soll hier auch die Hypothese aufgestellt werden, dass sich viele Symptome schon im Ansatz durch solche Suchprozesse, die spezifische Hilfs- oder Korrekturreaktionen von Seiten der Erwachsenen provozieren, von selbst bzw. durch die Unterstützung wieder zurückbilden (Schmidt, 2004). In der psychotherapeutischen Literatur werden solche kurzzeitigen Symptome unter dem Stichwort „passager“ abgehandelt. Solche Korrektur- oder Hilfsprozesse sind aber in der Regel gescheitert, wenn Kinder oder Jugendliche in eine teilstationäre oder auch stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung aufgenommen werden. Verschiedene Filter im Vorfeld sorgen für eine Auswahl von Patienten, die einen bestimmten Schweregrad der Störung und auch einen gewissen Chronifizierungsgrad aufweisen. Gerade weil die Symptome schon eine ganze zeitlang andauern, wenn Kinder und Jugendliche in die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung kommen, haben sich um die Symptome herum Interaktionsprozesse gebildet, die zumindest nicht hilfreich für einen Rückgang der Problematik waren, möglicherweise aber auch einen aufrechterhaltenden Charakter haben. Untersuchungen zur sich selbst erfüllenden Prophezeiung oder Verhaltensbestätigung, aber auch zu Reaktanzprozessen (Miron & Brehm, 2006) können hier eine Rolle spielen. Die Frage in der vorlie-

genden Untersuchung ist daher, wie die Symptome des Kindes bzw. Jugendlichen in die Kommunikation eingebunden werden. Diese Einbindung in die Kommunikation geschieht über die Zuweisung von Sinn zu einem als für eine psychische Störung symptomatisch erlebten Verhalten. Eine solche Zuweisung von Sinn, die im Rahmen von mehr oder weniger ausgearbeiteten naiven oder auch professionellen Störungsmodellen geschieht, dürfte aber alles andere als exakt bzw. als richtig oder wahr geschehen. Dies wird in Forschungsansätzen zu Krankheitssvorstellungen thematisiert. Menschen haben häufig, gemessen an einer wissenschaftlichen Definition, nicht zutreffende Bilder von Depressionen, bipolaren Erkrankungen oder Schizophrenien (Furnham & Anthony, 2010) oder auch von einer antisozialen Persönlichkeitsstörung (Furnham, Daoud & Swami, 2009). Anders formuliert spielt, sofern es eine wahre Sinnzuweisung geben würde, diese in der vorliegenden Untersuchung keine Rolle. Bei Erkrankungen wie den somatoformen Störungen sind darüber hinaus Fehlattritionen ein Definitionsmerkmal der Erkrankung (Martin, 2013). Auch eine unwahre, mehr oder weniger abwegige Sinnzuweisung bzw. ein abwegiges Störungsmodell, würde genauso in die Kommunikation eingebunden werden und in irgendeiner Form eine Wirkung auf den Umgang mit der Symptomatik entfalten. Diese Wirkungen setzen dann im Sinne eines zirkulären Prozesses neue Ursachen für eine Fortsetzung der Kommunikation bzw. für neue Wirkungen. Plakativ abgebildet ist dieser Zusammenhang in dem Zitat von Watzlawick (2011), dass nicht nicht kommuniziert werden kann. Ein weiterer Aspekt der hinzutritt, ist die von Luhmann (1984) beschriebene doppelte Kontingenz der Kommunikation, also die Tatsache erheblicher Unschärfe und Unwägbarkeit auf Seiten des Senders und auch des Empfängers. Dass sich hier auf der Basis von Erklärungsmodellen Eigendynamiken entwickeln, die weder spezifisch für das Symptom noch für das Erklärungsmodell sein müssen, ist sehr wahrscheinlich.

Auch die Frage, ob es eher inhaltliche oder strukturelle Aspekte sind, die die Auswirkungen auf den Kommunikationsprozess abbilden, ist in der Voruntersuchung von Interesse. Wird der Effekt der Störungsmodelle auf die Behandlung, auf die Kooperation der Beteiligten und damit auch auf das Behandlungsergebnis eher durch inhaltliche Aspekte bestimmt oder mehr durch strukturelle, also durch die Relation der Störungsmodelle zueinander? Ist z. B. eine Behandlung, in der Eltern eine Mitverursachung an der Problematik ihres Kindes zugeschrieben wird, schon allein damit durch eine mangelnde Zusammenarbeit der Beteiligten gefährdet? Dissonanztheoretisch kann es dann zu einer Suche nach sozialer Unterstützung kommen, wenn die Dissonanz zu groß wird (Frey & Gaska, 1993), was das Risiko einer Polarisierung und Lagerbildung in der Behandlung beinhalten würde. Auf der strukturellen Seite

kann gefragt werden, ob ein mangelndes Zusammenpassen der Störungsmodelle zwischen den Beteiligten, das im Übrigen Dissonanz auf beiden Seiten erzeugen würde, einen entscheidenden Faktor für eine Kooperation der Beteiligten in der Behandlung darstellt? Oder einfacher gefragt: Ist eine Behandlung zum Scheitern verurteilt, wenn sich Eltern und Therapeutinnen das Symptom unterschiedlich erklären? Oder spielt dies möglicherweise nur eine untergeordnete Rolle?

## 4 Voruntersuchung

### 4.1 Zusammenfassung der Fragestellung

Welche Rolle spielen Störungsmodelle für die Kommunikationsprozesse zwischen allen Beteiligten in der kinder- und jugendpsychiatrischen teilstationären Behandlung?

Wie wirkt sich die Interaktion von Störungsmodellen auf die Kooperation der Akteuren und damit auch auf die Effektivität der Behandlung aus?

Wird der Effekt von Störungsmodellen auf die Behandlung eher durch inhaltliche Aspekte oder durch die Relation der Störungsmodelle (Passung) zueinander bestimmt?

Die Voruntersuchung dient der Hypothesengenerierung und basiert auf einem heuristischen Rahmenmodell.

### 4.2 Methode der Voruntersuchung

In diesem ersten Untersuchungsschritt wurde eine an der rekonstruktiven Sozialforschung orientierte Strategie verfolgt, in der anhand einer nur aus den Daten geleiteten Analyse relevante Beschreibungskategorien zur Aufschlüsselung des Untersuchungsgegenstandes, der Rolle von Störungsmodellen in der Kommunikation rund um eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, gefunden werden sollten. Die dabei entstehenden Hypothesen sollten dann als Leitfaden für die Hauptuntersuchung dienen.

Das rein datengeleitete Vorgehen, in dem nicht wie in der Hauptuntersuchung elaborierte sozialpsychologische Konstrukte an die Daten gelegt werden, sollte sicherstellen, dass die zu entwickelnde Theorie den im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Therapie ausgedrückten Störungsmodellen angemessen ist. Damit wird eine zentrale Forderung qualitativer Forschung, so wie sie von Bohnsack (2008) bezüglich der dokumentarischen Methode formuliert wurde, umgesetzt.

Es ging dabei nicht um die Rekonstruktion biographischer Besonderheiten der einzelnen Personen oder Patienten. Die Analyseeinheit, der Fall, ist nicht die einzelne Person, son-

dem der spezifische Kommunikationsprozess im Rahmen der Behandlung dieser Person. Bei der Wahl dieser Analyseeinheit wird zum einen Bezug auf die soziologische Systemtheorie (Luhmann, 1984) genommen, die von einem System ausgeht, dessen Elemente nicht Personen, sondern Kommunikationen sind, zum anderen aber auch auf die Grundannahme der rekonstruktiven Sozialforschung, so wie sie in der dokumentarischen Methode umgesetzt wird (Bohnsack, 2008), dass sich in Diskursen (gemeint waren Gruppendiskussionen von Jugendlichen) kollektive Bedeutungsmuster herauskristallisieren, die von den Kommunikationspartnern nicht subjektiv intendiert sind, sondern auf eine „wechselseitige Steigerung“ und „dramatische Verdichtung“ (Bohnsack, 2008, S. 42) zurückgehen.

In Anlehnung an Hildenbrand (2005) wurde in der Voruntersuchung eine Analyse der Daten vorgenommen, die zum Ziel hatte, die Fallstruktur nachzuzeichnen und in einer Fallstrukturhypothese zu verdichten. Die Erschließung der Fallstruktur sollte erlauben, den Fall so aufzuschließen, dass das Zusammenspiel von Störungsmodellen in der Entwicklung der Interaktionen deutlich wird. Dies schließt aber auch aus, dass objektive Daten, wie das Alter, der berufliche Hintergrund oder auch lebensgeschichtliche Daten in die Analyse einbezogen werden. Damit entsteht ein Kontrast zum Vorgehen von Hildenbrand (2005), dessen Analyseeinheit die Familie, bzw. die Person ist und passend dazu prinzipiell anderes biographische Material einbezogen werden kann. In der Voruntersuchung wurde allerdings verstärkt auf die Perspektive der Behandler rekuriert, also die Fallstrukturhypothese war eine aus Sicht des therapeutischen Teams, die aber auch die Rolle des therapeutischen Teams mit einbezog. Der Idee der Polykontextualität folgend (Vogd, 2005), die die Beobachterabhängigkeit kausaler Beziehungen thematisiert, wäre aber auch eine Fallstrukturhypothese aus Sicht der Familie, die sich auf das Behandlungsteam bezieht, möglich gewesen. Da das Ziel der Voruntersuchung aber in erster Linie das der Hypothesengenerierung war, wurde darauf verzichtet.

Hildenbrand (2005) beschreibt die Fallstruktur als ein Muster, das den individuellen Fall und die Geschichte seiner Entscheidungsprozesse übergreifend kennzeichnet. Bezugnehmend auf die Perspektive der objektiven Hermeneutik versteht er die Fallstruktur als einen dialektischen Prozess von Handlungsmöglichkeiten und deren Konkretisierung im Besonderen als spezifische Wahlen einer Person oder Familie. Die Entwicklung einer Fallstruktur in der fallrekonstruktiven Familienforschung wird dabei als ein offener Prozess des Entwickelns und Überprüfens von Hypothesen beschrieben.

Einem Vorschlag von Leber und Oevermann (1994, zit. nach Hildenbrand, 2005) folgend wurde in der Voruntersuchung erst die Eingangssequenz und die Schlusssequenz inter-

pretiert. Dieser Empfehlung lag die Idee zu Grunde, dass sich in der Eröffnung einer Interaktion besondere Strukturierungsleistungen einer Lebenspraxis ausdrücken. Dasselbe dürfte auch für die Schlussequenz gelten, in der sich die spezifische Geschichte der Interaktion verdichtet. Es wurden dann im weiteren Fortschreiten der Analyse Wendepunkte gesucht, also Passagen, in denen Entscheidungsprozesse deutlich werden, mit der Idee, dass in solchen Interaktionspassagen Erklärungsmodelle, Motive und Begründungen des eigenen Verhaltens am ehesten transparent gemacht werden könnten. Der Prozess des schrittweisen Aufstellens und Überprüfens von Hypothesen an einem spezifischen Therapieprotokoll wurde dann beendet, wenn die Fallstrukturhypothese ausreichend durch entsprechende Zitate gesichert erschien.

Eine sequentielle Analyse, so wie in der Methode der objektiven Hermeneutik vorgesehen, erscheint vor dem Hintergrund, dass es sich vorwiegend um Gedächtnisprotokolle handelt, deren Sequenz eher durch den Verfasser bestimmt wird, wenig sinnvoll, was auch schon von Hildenbrand (2005) für Beobachtungsprotokolle festgestellt worden ist. Die Sicht der Fallstruktur wurde hier allerdings auf die gesamten Interaktionen zwischen Familie, Lehrern und therapeutischem Team erweitert und die Idee einer privilegierten Perspektive des therapeutischen Teams für die Analyse aufgegeben. Es wurde nicht die Frage des *Was* an die Daten gestellt, also welche Störungsmodelle wahr und welche falsch sind, sondern die des *Wie* untersucht, also die Frage, wie sich Störungsmodelle der Teilnehmer an einer Behandlung gegenseitig beeinflussen, wie ihre Relationen zueinander sind (z.B. symmetrisch oder asymmetrisch) und wie sie sich auf die weitere Kommunikation in der Behandlung auswirken. Dies entspricht auch der prozessrekonstruktiven Analyseeinstellung, so wie sie Bohnsack (2008) für die dokumentarische Methode fordert. In der vorliegenden Untersuchung dient diese als ein Orientierungspunkt, wurde aber im engeren Sinne nicht angewandt, da sie für die Datenform nicht geeignet erschien.

Gegenstand der Voruntersuchung ist dabei neben der Hypothesenbildung zur Interaktion der Störungsmodelle in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung auch die methodische Frage, wie sich Therapiemitschriften in Form von Gedächtnisprotokollen analysieren lassen, wenn der Fall nicht die Person, sondern das Kommunikationssystem ist.

#### **4.2.1 Therapeutisches Setting als Setting der Datenerhebung**

Das Setting, in dem die Behandlungen durchgeführt wurden, ist die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung im Rahmen einer Tagesklinik, die eine Behandlungsdauer von ca. 8 bis 12 Wochen vorsieht. Ein Schwerpunkt der Behandlung liegt neben der Psycho-



therapie mit der Patientin allein auf einer Einbeziehung seines familiären und schulischen Umfeldes. Dies geschieht über wöchentliche Elterngespräche, regelmäßige, ca. im dreiwöchigen Abstand stattfindende Familiengespräche und gemeinsame Gespräche mit den Lehrern der Heimat- und Krankenhausschule (Schulvernetzungsgespräche). Zum Zeitpunkt der Datenerhebung gab es darüber hinaus eine Kooperation mit einer örtlichen Universität, in der Studentinnen der Bildungswissenschaften angeleitet wurden, Kinder und Jugendliche bei der Reintegration in den Schulalltag zu unterstützen. Diese nahmen dann an den Schulvernetzungsgesprächen teil und begleiteten stellenweise auch die Patientinnen in ihre Heimatschulen. Hintergrund dafür war die Praxis, die Patientinnen schon relativ früh, möglichst nach der Hälfte der Behandlungszeit mit einer verkürzten Beschulung wieder in ihre Heimatschule zu reintegrieren, um dann an auftretenden Schwierigkeiten noch während der Behandlung arbeiten zu können. Dieses Vorgehen bewährte sich insbesondere bei Patienten, die die Schule verweigerten. Gelegentlich wurde auch die erweiterte Familie (z. B. Großeltern) in die Behandlung einbezogen. Zu der Behandlung gehörten darüber hinaus diverse Gruppenangebote, wie Bewegungs-, Kunst-, Entspannungs- und sporttherapeutische Angebote. Täglich stattfindende Teamsitzungen von einer Stunde Dauer dienten der Reflexion und Planung der Therapie und wurden ergänzt durch eine einmal in der Woche stattfindende Chefarztvisite und alle 6 Wochen stattfindende Supervisionen durch eine externe Fachkraft. Auch Eltern oder Patientinnen nahmen stellenweise an den Teambesprechungen im Rahmen eines „Reflecting Teams“ (Andersen, Katz & Pries, 1996) teil.

#### 4.2.2 Stichprobe

Es handelt sich um 6 Therapiemitschriften von Behandlungen, die innerhalb der letzten zehn Jahre in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik in Deutschland durchgeführt wurden. Diese wurden aus einer Grundgesamtheit von 20 Fällen per Zufallsauswahl gezogen.

	Alter	Geschlecht	Behandlungsdauer in Wochen gerundet	Migration	Symptomatik
Andreas	14	m	6	ja	Somatisierung, ADHS
Melanie	15	w	10	nein	Depression, Selbstverletzung

Mike	15	m	9	nein	Amokdrohung, familiäre Konflikte, Stimmungseinbrüche
Fabian	13	m	7	ja	Soziale Auffälligkeiten, ADHS
Chantal	14	w	5	nein	Soziale Auffälligkeiten, Konflikte mit Erziehern, Schulprobleme
Denis	11	m	13	ja	Konflikte mit Vater und Lehrern, ADHS, in der Gleichaltrigengruppe sozial isoliert
Selim	14	m	11	ja	Ängste, Zwangshandlungen, Intelligenzminderung
Klara	16	w	15	nein	Zwangshandlungen, Zwangsgedanken, Konflikte mit Mutter
Paul	18	m	9	nein	Konflikte in Pflegefamilie, Schulversäumnisse
Katja	17	w	10	nein	Kopfschmerzen, Dissoziation, Selbstverletzungen
Simon	11	m	11	nein	Schulangst, Schulverweigerung, Stimmungseinbrüche
Ben	11	m	12	nein	Exzessives Weinen, Wutanfälle, Konflikte mit Mitschülern, Leistungsprobleme

Nick	13	m	11	nein	Konflikte mit Mutter, Konflikte mit Lehrern, Leistungsprobleme
Karina	17	w	11	nein	Panikstörung, familiäre Konflikte, Drogenkonsum, Stimmungseinbrüche
Wolfgang	14	m	9	nein	ADHS, Konflikte mit Lehrern, Leistungsverweigerung
Enrico	11	m	2	nein	Panikattacken, Konflikte mit Lehrern und Mitschülern, Schulangst
Armando	14	m	8	ja	Agoraphobie, Schulangst, Konflikte mit Eltern
Michaela	17	w	5	nein	Selbstverletzungen, Traumatisierung
Cemal	13	m	6	ja	Konflikte mit Lehrern, Leistungsverweigerung, Stimmungseinbrüche
Stella	12	W	15	nein	Panikattacken, Erkrankungängste, familiäre Konflikte, soziale Auffälligkeiten

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung

#### 4.2.3 Datenbasis

Ausgangspunkt für die Analyse waren Therapiemitschriften der meisten Gespräche, die im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung anfielen. Dies waren hauptsächlich Gedächtnisprotokolle, die unmittelbar nach den Gesprächen auf Band diktiert worden waren. Eine Ausnahme bildeten die Mitschriften der Fallbesprechungen, die in

Stichworten mitgeschrieben wurden und dann ebenfalls anschließend diktiert wurden. Daneben liegen Gedächtnisprotokolle der Familientherapiesitzungen, der Elterngespräche, von Telefonaten, aber auch von Beobachtungen der Interaktionen des Patienten mit Mitpatienten oder Dritten vor. Der überwiegende Teil der Mitschriften wurde vom Untersucher in der Rolle des psychologischen Therapeuten verfasst. Die Vorstellungsgespräche, in denen die Indikation für die Behandlung gestellt wurde, wurden vom leitenden Arzt verfasst. In Urlaubszeiten wurde die Therapiedokumentation durch den entsprechenden Vertreter des Therapeuten durchgeführt.

Die zur Analyse verwendeten Protokolle entsprechen dabei den Dokumentationsanforderungen, die an die Mitarbeiter von kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen durch die Krankenkassen gestellt werden. Sie fallen damit routinemäßig in jeder Behandlung an. Da die Dokumentation auch eine Grundlage für den zu schreibenden Abschlussbericht (Arztbrief) darstellt, enthält sie auch eigene Hypothesen und Notizen, es wird also auch die eigene Sichtweise des Dokumentierenden explizit gemacht, die ja ebenfalls Gegenstand der Analyse sein soll.

Dem Vorschlag von Hildenbrand (2005) folgend wurde das Material bei der Anonymisierung maskiert, so dass dessen Sinngehalt erhalten blieb. So wurden Eigennamen durch vergleichbare Namen ersetzt, Berufe durch einen Beruf aus der selben Kategorie, Ortsnamen ersetzt, die Namen von Organisationen verändert und auch die Daten der Therapieprotokolle modifiziert. Dies wurde allerdings so durchgeführt, dass die zeitlichen Relationen zwischen den einzelnen Protokollen unberührt blieben. Oberste Priorität hatte dabei die Einhaltung der Schweigepflicht, was bedeutet, dass die Rekonstruktion, um welche Personen es sich in den Protokollen handelt, für eine Außenstehende unmöglich ist.

#### **4.2.4 Gütekriterien der Daten**

Der Fall ist in der vorliegenden Untersuchung nicht die Person, sondern das jeweilige Kommunikationssystem bestehend aus Team, Lehrerinnen und Eltern. Damit ist auch der Rahmen für eine Beurteilung der Validität gesteckt. Nach Bortz und Döring (2006) gilt die Validität auch im qualitativen Ansatz als wichtigstes Gütekriterium. Davon sind insbesondere Fragen der Authentizität der protokollierten Interaktionen berührt (Bortz & Döring 2006). Da es sich um eine teilnehmende Beobachtung in einem natürlichen Setting handelt, in der unterschiedliche Perspektiven (Patienten, Eltern, Lehrerinnen, Teammitglieder) auf das Geschehen wiedergegeben werden, die zueinander in Bezug gesetzt werden können, kann von einer guten

Validität ausgegangen werden. Dabei ist ein Kennzeichen der Therapiemitschriften, dass sie auch Beschreibungen über die Reaktion des Gesprächspartners auf die Sichtweise des Protokollanten beinhalten und sie damit prinzipiell interaktionsorientiert sind. Nimmt man hier in die Überlegung mit hinein, dass der Gegenstand der Analyse das Kommunikationssystem darstellt, dürfte diese Eigenschaft der Therapiemitschriften deren Validität steigern.

Für die vorliegende Untersuchung bedeutet Validität nicht in erster Linie Gültigkeit der erhobenen Daten für zu treffende Aussagen über die einzelnen Personen, sondern für Aussagen über das Kommunikationssystem, also die Art und Weise, wie sich die Kommunikationen gegenseitig bedingen. Gedächtnisprotokolle oder Therapiemitschriften aufgrund weniger Stichwörter sind zwar eine Gefahr für die Reliabilität der Daten und bringen Strukturierungsleistungen der protokollierenden Person mit in die Analyse, machen aber auch damit die Perspektive desjenigen, der die Daten erhebt transparent, die damit in die Analyse mit einbezogen werden kann. Des weiteren kann die Anfertigung von Notizen während der Interaktionen die Validität der Daten bedrohen, da es die Teilnehmerinnen zu einem nichtauthentischem Verhalten anregen kann.

Die Therapiemitschriften aus den unterschiedlichen Gesprächszusammenhängen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung sind dabei in erster Linie Berichte über Kommunikationen, in denen (z.B. in den Teamsitzungen) über Interaktionen von Eltern mit dem Patienten oder die Reaktion von Lehrerinnen auf die Problematik der Patientin oder auch die Reaktion der Eltern auf die Haltung der Lehrerinnen berichtet wird.

Die Tatsache, dass im Unterschied zur fallrekonstruktiven Familienforschung nicht die Person den Fall als Analyseeinheit darstellt, sondern das Kommunikationssystem, das vor der Behandlung keine gemeinsame Geschichte hat, führte zu der Überlegung, den „Fall“ von allen peripheren geschichtlichen Daten, die vor seinem Beginn anfielen, zu reinigen. Dies sind Entwicklungs- und Familienanamnesen, aber auch Genogramme und Fragebögen. Aus diesem Grund wurden auch Vorberichte, überhaupt Dokumente, die vor der Behandlung anfielen, aus der Analyse ausgeschlossen. Nur das, was für das Verständnis der Konstruktion der Erklärungsmodelle notwendig ist, fand Eingang in die Analyse.

#### **4.2.5 Kodierung**

Die Kodierung der Therapiemitschriften erfolgte pro Fall in Form einer Tabelle, in der sukzessiv genannte Symptome als Spalten aufgeführt wurden und in chronologischer Reihenfolge jeweils gekennzeichnet durch das Datum der Mitschrift störungsmodellrelevante Äuße-

rungen der Teilnehmerinnen am Behandlungsprozess aufgeführt wurden. Diese wurden mit einem Index für die Quelle der Äußerung versehen. Dabei wurde so vorgegangen, dass auch Äußerungen 2. Ordnung mit kodiert wurden. Wenn also in einer Mitschrift einer Teamsitzung von einem Gespräch zwischen Eltern und Kind berichtet wurde, wurden die entsprechenden Äußerungen entweder einem Elternteil oder dem Kind zugerechnet. Es waren auch doppelte Kategorisierungen in zwei Symptomkategorien gleichzeitig möglich. Bei der Kodierung wurden auch Kontextinformationen berücksichtigt, wie z.B. Beschreibungen von Symptomverbesserungen oder Verschlechterungen. Als Störungsmodelle wurden alle Äußerungen kodiert, die sich in ein kausales Netz rund um das spezifische Symptom einfügen. Darüber hinaus wurde auch eine allgemeine Kategorie für Äußerungen, die zwar Störungsmodelle beinhalten, sich aber nicht konkret einem spezifischen Symptom zuordnen lassen, kodiert. Dieser Arbeitsschritt wurde sowohl in der Vor- als auch in der Hauptuntersuchung durchgeführt.

Im Rahmen der Voruntersuchung sollte diese Kodierungsmethode auf ihre Eignung für eine weitergehende Analyse überprüft werden.

### **4.3 Ergebnisse der Voruntersuchung**

#### **4.3.1 Fallanalyse 1**

Andreas ist ein 13-jähriger Jugendlicher, der seit ca. 2 Jahren unter Übelkeit und Erbrechen leidet, was ihn an seinem Schulbesuch hindert. Er hatte mehrfach aus der Schule abgeholt werden müssen und verbunden mit diesem Problem Fehlstunden angehäuft. Die Zeit, die er nicht die Schule besucht, verbringt Andreas mit PC-Spielen. Diese Leidenschaft teilt er mit seinem Vater, was von der Mutter sehr kritisiert wird. In der Vergangenheit war bei Andreas ein ADHS-Syndrom diagnostiziert worden und eine medikamentöse Behandlung durchgeführt worden. Das Medikament wurde aber aufgrund der Übelkeit abgesetzt. Es wurden schlechte Schulleistungen beschrieben.

Eine erste Idee, worum es gehen könnte, entsteht schon im ersten Satz des Vorstellungsgesprächs, wo beschrieben wird, dass Andreas viel Zeit mit der Mutter alleine verbringe. Der Vater ist in einer wichtigen Entwicklungsphase des Jungen wenig präsent. Möglicherweise gelingt es der Familie, den teilweisen Ausfall des Vaters gut zu kompensieren, denkbar ist aber auch eine besonders enge Mutter-Sohn-Beziehung, da Andreas auch ein Einzelkind ist, somit in Abwesenheit des Vaters innerhalb der Kernfamilie der einzige Interaktionspartner der Mutter ist.

Im Folgenden wird von den Eltern und dem Patienten der Problembereich aufgespannt. Andreas selber gibt an, dass er psychische Probleme habe, die in häufigem Erbrechen bestehen würden. Andreas hat sich hier ganz offensichtlich mit dem Status als Index-Patient identifiziert und beschreibt dann eine Somatisierungssymptomatik, die häufig während der Schulzeiten auftrete und in Kopf- und Bauchschmerzen sowie Erbrechen bestehen würde. Es wird weiter unten aber deutlich, dass es sich hier um eine Ausschlussdiagnose handelt, die darauf basiert, dass der Arzt keine organische Ursache festgestellt hat. Dies impliziert allerdings, dass die Einschätzung, dass es sich um psychische Probleme handelt, sich immer noch ändern kann, wenn doch noch eine organische Ursache gefunden wird. Der Deutungsraum ist hier also offen. Dass sich Andreas darüber hinaus in der Familie wohl fühle, stellt nun einen Widerspruch zu der zuvor gemachten Verbindung zwischen Schule und Erbrechen dar. Die Formulierung impliziert, dass sich Andreas eben, was diese Symptome angeht, zu Hause nicht wohl fühlt. Hier scheint also eine widersprüchliche oder auch fluktuierende Ursachensicht, abwechselnd zwischen Schule und Familie, durch. Es ist somit ein Feld von sich widersprechenden oder vielleicht auch sich ergänzenden Ursache-Wirkungszusammenhängen, also Störungsmodellen aufgespannt, in dem einerseits ein Zusammenhang zu Schule und andererseits aber auch ein Zusammenhang zu familiären Prozessen hergestellt ist, der aber nicht explizit formuliert, sondern quasi im Nebensatz angeboten wird.

Andreas führt nun den Hintergrund seiner Schulprobleme aus, in dem er beschreibt, dass er in einem längeren Prozess unregelmäßig seine Hausaufgaben gemacht hat, sich von den schulischen Belangen zurückgezogen hat und Beziehungsprobleme mit Lehrern habe, die auch zu schlechten Leistungen, so seine Ursache-Wirkungshypothese, führen würden.

Weiter im Sinne einer fluktuierenden Problembeschreibung wird nun die ADHS-Diagnose als Ergänzung zu dem globalen Störungsmodell „Psychische Probleme“ eingebracht. Dabei ist ADHS zumindest in der Beschreibung durch den Patienten wohl nicht als ein multifaktorielles Geschehen zu verstehen, sondern als eine Form von individueller Symptomatik, die etwas mit seinem Problem zu tun hat, also nichts familiäres.

Über die Rolle der X-Box bzw. der Computerspiele kommt nun wieder die Idee der Familiendeterminiertheit der Symptomatik in den Blick, in dem beschrieben wird, dass Andreas in der Zeit, in der er nicht die Schule besucht, sich mit dem PC beschäftigt. Der PC oder auch die X-Box sind hier direkter Konkurrent zur Schule. Gleichzeitig wird bei der Beschreibung des Computerspielens ein Konflikt zwischen den Eltern deutlich, der die anfangs von Andreas eingebrachte indirekte Idee, dass er sich in seiner Familie manchmal nicht wohl

fühlt, ausführt. Es wird deutlich, dass der PC ein Streitgegenstand zwischen den Eltern ist und die Intensität des Konsums bei Vater und Sohn, die damit sich in Bezug auf diese Situation in einer Koalition befinden, von der Mutter stark kritisiert wird. Nimmt man die anfänglich aufgestellte Hypothese, dass es sich um eine besonders enge Mutter-Sohn-Beziehung handelt, aus der der Vater weitestgehend ausgeschlossen ist, so kann die negative Reaktion der Mutter auch mit ihrem Wunsch zu tun haben, der Sohn möge ganz für sie da sein und nicht mit dem Vater in eine intensive Interaktion, zumindest, was das X-Box-Spielen angeht (Vater und Sohn spielen zusammen im Netzwerk), eintreten. Das X-Box-Spielen könnte auch als eine Gegenreaktion des Vaters auf die ihn ausschließende Beziehung der Mutter, bei der er die Mutter nun selber aus der Beziehung zwischen ihm und seinem Sohn ausschließt, darstellen. Dies wird nun auch später als „Hauptproblem“ von der Mutter bezeichnet. Unmittelbar danach beschreibt sie, dass er sich ansonsten zu Hause „korrekt“ benimmt. Vor dem Hintergrund der Situation, dass Andreas über weite Strecken nicht die Schule besucht und unter Somatisierungssymptomen leidet, sich damit zunehmend von der Peergroup isoliert, ist die Bezeichnung des PC-Konsums als „Hauptproblem“ eine auffällige Beschreibung. Auch die darauffolgende Aussage, dass der Vater sich nahezu aus diesem Gespräch heraushält, unterstützt weiter die Beziehungshypothese von Andreas und seiner Mutter.

Sieht man sich das 11 Tage nach dem Vorstellungsgespräch stattfindende Vorgespräch, in dem die Behandlung vorbereitet wurde an, so wird eine elterliche Konfliktlage deutlich, in der schon was die Beschreibung der Computernutzungszeiten seitens Andreas angeht, kein Konsens gefunden werden kann. Der Konflikt ist dabei offensichtlich so tiefgreifend, dass er eine unterschiedliche Zeitwahrnehmung der Eltern begünstigt. Die Mutter, die anfangs die Symptomatik von Andreas beschreibt, gerät sehr schnell in eine Vorwurfshaltung dem Vater gegenüber, der Fokus ihrer Beschwerden kippt also während des Gespräches, worauf der Vater defensiv reagiert und die Vorwürfe ableugnet.

Es erfährt auch die Hypothese, dass es sich um einen Kampf der Eltern um exklusive Beziehungen zu Andreas, der mit wechselnden Koalitionen im Sinne von fortgesetzten Triangulationen verbunden ist, handelt, weitere Bestätigung in der Beobachtung des Gesprächsverlaufes, bei dem sich Vater und Sohn immer wieder gegen die Mutter zusammenschließen. Das Ganze geschieht allerdings in einer explizit lustigen, scheinbar ausgelassen fröhlichen Atmosphäre, in der zwar massive Kritik geübt wird, die aber am Ende immer nur als „Spaß“ bezeichnet wird. Eine solche spaßig vorgetragene Kritik ist die Anmerkung der Mutter, dass der Vater mehr mit der Familie unternehmen sollte. Sie drückt hier sehr klar auch ein Bezie-



hungsbedürfnis gegenüber ihrem Mann aus, der darauf aber überhaupt nicht eingeht, sondern erneut defensiv reagiert.

Auf der Basis der in den beiden Gesprächen angefallenen Informationen kann eine vorläufige Fallstrukturhypothese entwickelt werden:

*Es gibt einen ungeklärten Paarkonflikt zwischen den Eltern, der zu abwechselnden Koalitionsbildungen zwischen dem Patienten und der Mutter, und dem Patienten und dem Vater führt. Vehikel dieser Koalitionsbildung zwischen Vater und Sohn ist der PC-Konsum, Vehikel zwischen der Koalitionsbildung zwischen Mutter und Sohn sind die Somatisierungssymptome, die von der Mutter gleichzeitig als Waffe im Kampf gegen ihren Mann benutzt werden und in Vorwürfen münden. Die in den Gesprächen deutlich werdende besonders lustige, humorvolle, teilweise ironische Atmosphäre, dient dabei der Verschleierung dieses Konfliktes.*

Die von den Familienmitgliedern geäußerten Störungsmodelle sind dabei in diesem Konflikt funktionalisiert, dienen aber auch der Abwehr von Veränderungsdruck. Das Störungsmodell „PC-Konsum“ und „Schule“, sowie „ADHS“ und „Psychische Probleme“ werden dabei offen geäußert, das Störungsmodell „familiäre Probleme“ nur indirekt. Der Vater tritt auf der verbalen Interaktionsebene kaum in Erscheinung, wenn, dann eher defensiv, um Vorwürfe der Mutter abzuwehren. Beide Koalitionsangebote führen zu spezifischen Störungen des Schulalltags von Andreas, zum einen, weil damit der PC-Konsum attraktiver als Schule ist, zum anderen, weil die Somatisierungssymptome, Garant einer besonderen Nähe zwischen Mutter und Sohn, dazu führen, dass er die Schule gar nicht aufsucht.

In dem Abschlussgespräch vom 16.04., das mit beiden Eltern geführt wurde, beschreibt die Mutter einen Veränderungsprozess von Andreas, mit dem sie unzufrieden ist. Die Verhaltensweisen, die Andreas nun während der Behandlungszeit weiterentwickelt hat, die die Mutter kritisch anmerkt, sind bei näherem Hinsehen altersentsprechende, mit Ablösungstendenzen und Verselbständigung einhergehende Verhaltensmerkmale von Jugendlichen. So wird die Verliebtheit in eine Mitpatientin, eine verstärkte Auflehnung, die im Gegensatz zu dem früher sehr umgänglichen Verhalten zu Hause steht, sowie Rückzug ins eigene Zimmer und vor allen Dingen die Weigerung, mit der Mutter zusammen im Bett zu liegen und Fernsehen zu gucken, dem Behandlungsteam gegenüber sehr vorwürflich kritisiert. Nimmt man die Fallstrukturhypothese auf der Basis der ersten Gespräche, so könnte man hier folgende Entwicklung nachzeichnen:

Im Laufe der Behandlung ist das Behandlungsteam an die Stelle des Vaters getreten, so zumindest in der Wahrnehmung der Mutter, um ihr quasi ihren Hauptinteraktionspartner wegzunehmen. Dies führt nun bei der Mutter zu bitteren Vorwürfen dem Team gegenüber. Parallel dazu ist aber auch der Computerkonsum zurückgegangen, so zumindest von den Eltern beschrieben, was allerdings vom Team etwas in Frage gestellt wird. Zumindest ist festzuhalten, dass der ausufernde PC-Konsum vom Beginn der Behandlung nicht mehr zu beobachten ist. Auch hier könnte ein positiver Prozess in Gang gekommen sein, der Andreas sich nun nicht mehr auf den Computer als Ersatzexplorationsfeld, sondern auf die tatsächlichen Explorationsfelder, wie Mädchen oder auch Aktivitäten ohne die Eltern, richten lässt. Möglicherweise ist der Vater hier allerdings weniger gekränkt oder weniger in Angst um die Beziehung zu seinem Sohn als die Mutter. Zumindest hält der Vater sich nach wie vor zurück. Mit der Lockerung der Koalition zur Mutter könnte hier das stückweise Aufgeben der Somatisierungssymptomatik und des PC-Konsum auf der anderen Seite als ein symmetrisches Überflüssigwerden des Beziehungskittes dem jeweiligen Elternteil gegenüber angesehen werden.

Die Eltern werden mit dem therapeutischen Störungsmodell konfrontiert, das die Idee mangelnder Anforderungen, eines Paarkonfliktes sowie eines unklaren Kommunikationsstils der Eltern enthält. Auch das Behandlungsergebnis wird als nicht ausreichend dargestellt. Möglicherweise ist hier das therapeutische Störungsmodell Teil eines Konfliktes zwischen Team und Eltern gewesen, der in einer symmetrischen Eskalation besteht und letztendlich in gegenseitige Vorwürfe, die in dem Störungsmodell versteckt sind, kulminiert. So antwortet passend dazu die Mutter in einer entwertenden Art und Weise, dass dies alles „Schwachsinn“ ist. Das vorzeitige Beenden der Behandlung kann einerseits als der Versuch, aus dieser Eskalation auszusteigen angesehen werden, allerdings auch als der letzte Zug in dieser symmetrischen Eskalation. Ein Blick auf die Störungsmodelltablette über den Therapieverlauf offenbart zum einen einen relativ schnellen Fokussierungsprozess seitens des Behandlungsteams auf intrafamiliäre Faktoren, nachdem anfangs die Rolle des Computerspielens, die mit einer zweiwöchigen Totalabstinenz beantwortet war, fokussiert worden war. Schnell geraten Störungsmodellhypothesen in den Vordergrund, die den Umgang mit Konflikten in der Familie, allerdings auch Erziehungsdefizite, wie zum Beispiel eine geringe praktische Anleitung, bzw. eine Unterstützung von Vermeidungshaltungen und mangelnde Anforderung beinhalten. Auch die ADHS-Hypothese wird weiter überprüft, ist aber nicht auf der gleichen Ebene wie die anderen Störungsmodellhypothesen zu sehen, da sie als ein Symptomkonglomerat das

Vorhandensein von familiären Faktoren nicht ausschließt. Zwar fokussieren Störungsmodelle zum ADHS auf neurophysiologische Faktoren, werden aber in ihrem Entstehen als ein multifaktorielles Geschehen gefasst, in dem familiäre Faktoren durchaus eine Rolle spielen.

Da das Störungsmodell die Richtung der therapeutischen Arbeit angibt, gleichzeitig auch den Umgang mit dem Indexpatienten innerhalb seiner Familie prägt, und somit in einem komplexen Wechselwirkungs-Zusammenhang mit der Symptomatik steht, dürfte zumindest eine Annäherung der Störungsmodell-Hypothesen, bzw. Richtung der Hypothesen, für einen positiven Therapieverlauf wünschenswert sein. In der Störungsmodell-Tabelle fallen dabei zwei Gespräche, ein Elterngespräch und ein Familiengespräch vom 25. und 26.03. ins Auge. In dem Elterngespräch, das aufgrund zunehmender Probleme in der Tagesklinik mit Andreas und mangelnder Mitarbeit anberaumt wurde, räumt die Mutter ein, dass sie es als einen Erfolg werte, dass die Übelkeits-Symptomatik in den letzten 4 Wochen nicht aufgetreten sei. Warum diese positive Haltung nicht zu einer tiefgreifenderen Veränderung des Familiensystems und auch zu einer intensiveren Mitarbeit in der Behandlung geführt hat, wird deutlich, wenn ihre Bemerkungen über ihren Mann in den Blick genommen werden. Es wurde in dem Gespräch vom Behandlungsteam die Idee geäußert, doch den Vater stärker einzubeziehen, was bei ihr allerdings einen relativ umfangreichen Entwertungsmonolog über den Vater in Gang gesetzt hatte. Dabei wird deutlich, dass ihre Bedürfnisse nach emotionaler Nähe durch den Ehemann nicht befriedigt werden und sie seine mangelnde Fähigkeit, Zuneigung gegenüber seinem Sohn zu zeigen, kritisiert. In dieser Konfliktlage kann sie auf Andreas als Bündnispartner und Befriediger ihrer Bedürfnisse nach emotionaler Nähe nicht verzichten. Der Vater äußert sich in dem Familiengespräch, in dem eine emotional unterversorgte Familie zu beobachten war, die sehr kühl miteinander umgeht, dahingehend, dass die Behandlung einen positiven Effekt auf die Beziehung der Eheleute hatte. Diese positiven Ansätze in der Beurteilung der Eltern, was den Therapieverlauf angeht, reichten allerdings nicht, um einen familiären Veränderungsprozess in Gang zu setzen.

#### **4.3.1.1 Hypothesen zur Rolle von Störungsmodellen in Fall 1**

Nicht alle Störungsmodelle der Beteiligten werden explizit formuliert. Manche Störungsmodelle werden nur indirekt deutlich, verbergen sich hinter lapidaren Formulierungen

Die Störungsmodelle haben eine Bedeutung, was die Zuweisung und Entlastung von Schuld innerhalb der Familie angeht.

Störungsmodelle könnten als strategischer Schachzug innerhalb der Familie dienen, Koalitionen zu stärken oder zu schwächen. Im vorliegenden Fall z.B. das Störungsmodell der Mutter, dass der PC-Konsum an dem Problem schuld sei.

Die Entscheidung, welchen Störungsmodellen sich das Behandlungsteam anschließt, könnte eine zentrale Entscheidung für den Ausgang der Therapie sein.

Die Bedeutung und Funktion der Symptomatik des Jugendlichen in den Familieninteraktionen könnte mit einem Wechsel der Störungsmodelle ebenfalls variieren.

#### **4.3.2 Fallanalyse 2**

Melanie ist eine 15-jährige Jugendliche, die mit ihrer Mutter und ihrer 13-jährigen Schwester zusammenlebt. Sie hatte sich oberflächlich an einem Arm verletzt, was auch der Vorstellungsanlass war, hatte auch über Selbstmord nachgedacht. Melanie gibt an, zwischen ihrer Eltern zu stehen, die sich vor ca. 4-5 Jahren getrennt hatten. Melanie erklärt dabei, sehr unter den Konflikten der Eltern zu leiden. Sie berichtet von Konflikten mit der Mutter, bei denen es um häusliche Pflichten gehen würde. Sie wünscht sich, vorübergehend beim Vater zu leben, bei dem sie glücklich sei.

Zum Vorstellungstermin, den die 15-jährige Patienten in Begleitung ihres Vaters in der Klinik wahrnahm, war sie von dem Kinderarzt, bei dem sie sich wegen eines Infektes vorgestellt hatte, überwiesen worden. Der Kinderarzt hatte zuvor Narben, die von Selbstverletzungen stammten, festgestellt. Zum Kontext des Vorstellungsgesprächs wird berichtet, dass Melanie beim Kinderarzt noch einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung zugestimmt hatte, dann aber im Vorstellungsgespräch in Begleitung ihres Vaters eine solche Aufnahme ablehnte, was ihr Vater dann auch unterstützte. Diese Entscheidung erst für und dann gegen eine stationäre Behandlung, obwohl der Vater dann die Nützlichkeit einer teilstationären Behandlung doch einräumte, könnte einen ersten Hinweis auf die Fallstruktur geben. Es könnte gefragt werden, warum der Vater ohne große Diskussion, genauso wie seine Tochter, trotz einer ärztlichen Empfehlung eine stationäre Behandlung ablehnt. Betrachtet man in dieser Situation die alternativen Handlungsmöglichkeiten, so käme neben einem Konsens für eine stationäre Aufnahme zwischen Vater und Tochter die weitaus häufigere Situation in Frage, dass Eltern erst ihre Kinder von einer stationären Behandlung überzeugen müssen und es hier zu einem Aushandlungsprozess kommt. Von einem solchen Aushandlungsprozess ist aber bei Melanie nicht die Rede. Hier könnte zum einen die Überzeugungs-

kraft des Vaters wenig ausgeprägt sein, was allerdings im Widerspruch zu seiner klaren Positionierung gegenüber der untersuchenden Kinder- und Jugendpsychiaterin steht. Dass letztendlich die aktuell aufgetretene Handlungsoption gewählt wurde, könnte auf eine Koalitionsbildung zwischen Vater und Tochter gegenüber einer dritten Person, entweder dem einweisenden Kinderarzt oder auch der untersuchenden Kinder- und Jugendpsychiaterin, hinweisen. Sieht man von dem Inhalt der Kommunikation ab, so handelt es sich in der Grundstruktur um eine 3-Parteien-Situation, in der zwei Parteien miteinander gegen eine Dritte koalieren. Entweder könnte dies ein nicht intendierter Nebeneffekt der entstandenen Untersuchungssituation sein, oder diese könnte auch genutzt worden sein, um genau diesen Effekt von Seiten Melanies oder auch von Seiten des Vaters zu erzeugen. Eine erste Idee könnte damit beinhalten, dass ein mögliches Kennzeichen der Fallstruktur das Herstellen von Nähe zwischen 2 Personen auf Kosten einer anderen Person ist.

Im weiteren Verlauf wird die Belastungssituation, die zu den vom Kinderarzt festgestellten Selbstverletzungen geführt hatte, näher geschildert. Ein erstes Störungsmodell drückt die Patientin aus, indem sie mitteilt, dass die seit 5 Jahren getrennten Eltern sich gegenseitig hassen würden und sie zwischen ihnen stehe und sich sehr verletzt fühle. Hier wird der Gedanke der Ambivalenz bzw. des Loyalitätskonfliktes von der Patientin eingebracht. Es findet sich damit die am Beginn vermutete Grundstruktur einer 3-Personen-Situation wieder. Doch etwas im Widerspruch zu dieser ersten Störungshypothese führt Melanie dann weiter aus, dass sie sehr bedrückt und im ständigen Streit sei, wenn sie bei der Mutter lebe, allerdings sehr glücklich sei, wenn sie sich bei ihrem Vater aufhalte. Zum einen könnte es sich hier um ein Beispiel des im 1. Störungsmodell erwähnten Zwischen-den-Eltern-Stehens handeln, andererseits aber ergreift die Patientin indirekt eindeutig Partei für den Vater und bleibt damit konsequent gegenüber der Untersucherin in ihrer Position der Koalition mit dem Vater. Alternativ hätte Melanie die Möglichkeit gehabt, Auseinandersetzungen mit beiden Eltern zu beschreiben, ohne hier so klar Partei zu ergreifen. Dass sie dies nicht getan hat, könnte einerseits auf eine gewisse Angst vor dem Vater zurückgeführt werden, andererseits aber auch auf eine aktive Koalitionsgestaltung und eine instrumentelle Nutzung der zerstrittenen Familiensituation. Dass sie dann allerdings in Aussicht stellt, beim Vater wohnen zu können und eine mögliche Rückkehr zur Mutter zumindest zur Disposition stellt, wirkt dann wiederum überhaupt nicht mehr ambivalent. Dies scheint im Widerspruch zu ihrem ersten Störungsmodell, nach dem sie zwischen beiden Eltern steht, zu stehen.

Dass die anfangs beschriebene Situation, die ärztliche Empfehlung nicht umzusetzen, also eine Situation mangelnder Kooperation verbunden mit einer Koalition gegen den Behandler kein Einzelfall ist, zeigt die Information, dass in den letzten Monaten mehrere Therapien begonnen worden waren, die aber alle erfolglos beendet wurden. Auch im letzten Abschnitt des Aufnahmegesprächs, in dem die Untersucherin ein Telefonat mit dem einweisenden Kinderarzt schildert, wird dies bestätigt. Dieser hatte beschrieben, dass Melanie sich dadurch auszeichnet, dass sie die bisher begonnenen Behandlungen - in dem Text wurden mindestens drei erwähnt - nicht durchhalte.

Der Vater distanziert sich allerdings vom Koalitionsangebot, in dem er zwar einräumt, dass seine Tochter durch die Interaktion zwischen ihr und der Mutter sehr belastet sei, andererseits aber auch zu bedenken gibt, dass sie immer wieder äußere, an der Mutter zu hängen. Diese Ambivalenzperspektive scheint allerdings der klaren Positionierung seiner Tochter, die sie kurz zuvor gemacht hatte, zu widersprechen. Der Vater hätte hier als alternative Handlungsoption das Koalitionsangebot seiner Tochter annehmen können und mit ihr vereinbaren können, zu ihm zu ziehen, was er zwar grundsätzlich als Option einräumt, wogegen er hier aber auch Vorbehalte äußert. Denkbar ist eine eigene Ambivalenz des Vaters seiner Tochter gegenüber, die ihn von einer solchen klaren Positionierung abhält. Diese drückt er möglicherweise über sein Störungskonzept aus, dass seine Tochter zu sehr an seiner Ex-Frau hängt.

Ein alternatives Erklärungsmodell für das Selbstverletzen kommt im Aufnahmegespräch, das ca. vier Monate später mit dem Behandlungsbeginn durchgeführt wurde, zum Ausdruck. Hier erklärt Melanie, dass sie abends geritzt habe, da sie Stress mit einem „Typen“ gehabt habe. In dem Aufnahmegespräch, das im Gegensatz zum Vorstellungsgespräch mit beiden Eltern geführt wurde, drückt die Patientin dann an die Äußerungen des Vorstellungsgesprächs anschließend aus, dass sie für zwei Wochen bei ihrem Vater gewesen sei und seitdem ihre Aufzeigeschwierigkeiten in der Schule besser geworden seien. Sie unterstreicht damit das Störungs- bzw. Heilmodell des positiven Einflusses des Vaters. Auch hiermit positioniert sie sich auch in Anwesenheit ihrer Mutter eindeutig.

Die Mutter thematisiert im weiteren Verlauf zum einen ein Rückzugsverhalten ihrer Tochter innerhalb der Familie, zum anderen aber auch den Grund für Melanies Schulabsentismus. Sie beschreibt, dass sie ohne das Wissen der Mutter immer wieder zum Arzt gegangen sei, sich Atteste besorgt habe und damit 140 Fehlstunden angehäuft hätte. Auch hier ist die Einbeziehung des Arztes wieder als eine 3-Parteien-Situation konzipiert, in der sich die Pati-

entin allerdings mit dem Arzt gegen die Mutter zusammenschließt. Die Mutter drückt eine gewisse Hilflosigkeit in ihrer Position als ausgeschlossene Dritte aus.

Erneut im Gegensatz zu den Äußerungen seiner Tochter bringt der Vater nun sein Störungsmodell der schädlichen Nähe zwischen Tochter und Mutter zur Sprache, das hier als „falsch verstandene Verantwortung gegenüber der Schwester und Mutter“ gefasst wird. Er ignoriert damit die erneut eindeutige Positionierung seiner Tochter, bringt die Ambivalenzperspektive wieder in den Blick, womit er einerseits gemeinsam mit seiner Tochter der Mutter die Schuld für die Probleme gibt, andererseits aber auch das Angebot seiner Tochter an noch größere Nähe ausschlägt. Somit trägt er zu einer ungeklärten, sich in der Schwebelage befindenden Situation bei.

Auf der Basis des Vorstellungs- und Aufnahmegesprächs kann eine erste Fallstrukturhypothese gewonnen werden:

*Es gibt bei Melanie eine Tendenz der Koalitionsbildung im Sinne eines Herstellens von Nähe mit einer Person auf Kosten einer dritten Person, die sich in erster Linie auf sie und den Vater bezieht, wobei der ausgeschlossene Dritte zum einen der Arzt, zum anderen aber auch die Mutter sein kann. Das Störungsmodell im Sinne eines Zwischen-den-Stühlen-Stehens von Melanie weist zwar auf eine unentschiedene Situation hin, diese geht aber nicht von Melanie, sondern vom Vater aus. Melanie positioniert sich im Gegensatz zu ihrem Störungsmodell eindeutig auf Seiten des Vaters, dieser bringt aber an mehreren Stellen ein Störungsmodell der Ambivalenz seiner Tochter ein, beschuldigt damit seine Ex-Frau, an den Schwierigkeiten Schuld zu sein, hält Melanie auf Abstand und übt eine nicht unerhebliche Macht auf das System aus.*

Bei der Analyse des Abschlussgesprächs ca. sechs Wochen nach Beendigung der teilstationären Behandlung fallen erneut die miteinander inkompatiblen Perspektiven des Vaters und der Mutter in Bezug auf Melanies Situation auf. Während der Vater von einem Rückgang der Symptomatik berichtet, in dem er beschreibt, dass Melanie offener, kompromissbereiter und selbstbewusster geworden sei, beschreibt die Mutter sorgenvoll einen aktuell an dem Tag des Gesprächs aufgetretenen Schulabsentismus ihrer Tochter und äußert dabei selbstkritisch, dass sie ihr gegenüber strenger werden müsse. Zum einen dürften diese unterschiedlichen Beschreibungen von Melanies Verhaltens auf eine mangelnde Kommunikation der Eltern hinweisen, gleichzeitig könnte dies aber auch ein Zeichen der unterschiedlichen Wahrnehmung der Eltern in Bezug auf die Belange ihrer Tochter sein. Dieses Muster inkom-

patibler Wahrnehmung der Eltern hatte sich auch in den meisten anderen Elterngesprächen im Laufe der Behandlung gezeigt. Auf dem Boden dieses Kontextes lässt sich die im Abschlussgespräch konkret beschriebene Konfliktsituation zwischen Melanie und ihren Eltern analysieren:

Melanie war mit der Mutter und der Schwester zur Geburtstagsfeier des Sohnes einer Freundin der Mutter gegangen, über den sie sich in der Vergangenheit immer wieder beim Vater beschwert hatte und dessen Mutter den Vater in Bezug auf die Schwierigkeiten Melanies immer wieder beschuldigt hatte. Dies hatte sie dem Vater nicht gesagt, bzw. ihn über dieses Ereignis angelogen, was die Mutter nun vielleicht auch mit einem gewissen Triumph gegenüber dem Vater problematisiert. Es hatte sich allerdings dann gezeigt, dass Melanie in einem nächsten Schritt dem Vater gegenüber geäußert hatte, dass sie gegen ihren Willen, also unter Zwang ihrer Mutter, diese Geburtstagsfeier besucht hatte. Melanie hat damit eine unklare Situation geschaffen, in der ihr Verhalten gleichzeitig eine Bestätigung der Perspektive der Mutter mit dem Störungsmodell des dominanten, bevormundenden Vaters und eine Bestätigung der Perspektive des Vaters mit dem Störungsmodell des negativen Einflusses der Freundin der Mutter und ihres Sohnes sein kann. Die Mutter zeigt sich allerdings über diese Wendung des Gespräches brüskiert und scheint dies weniger gut als der Vater in ihr Konzept integrieren zu können.

Aus der Perspektive der Fallstrukturhypothese kann hier deutlich ein Herstellen von Nähe mit einer Person auf Kosten einer dritten Person herauskristallisiert werden. Die gebildeten Koalitionen sind einmal Vater und Tochter, ein anderes Mal Mutter und Tochter. Trotzdem erscheint die Koalition von Melanie mit ihrem Vater stärker und am Ende durchtragender. Entsprechend der Fallstrukturhypothese spricht die Positionierung von Melanie für den Vater in dieser gemeinsamen Dreiersituation eher gegen einen Loyalitätskonflikt, darüber hinaus scheint in dieser Szene ein Machtaspekt von Bedeutung. Melanie entscheidet, mit wem sie koalitiert und kann über einen Wechsel der Koalition zumindest über den emotionalen Zustand ihrer Mutter entscheiden. Eine Koalition der Eltern scheint nach wie vor aufgrund der unterschiedlichen Wahrnehmung und Perspektiven ausgeschlossen.

*Ergänzung der Fallstrukturhypothese: Die nicht kompatible Wahrnehmung der Eltern bezüglich ihrer Tochter führt zu einem unklaren Bezugsrahmen, den Melanie dazu nutzt, eine gewisse Macht auszuüben. In dieser Machtposition könnte es ihr, wie in dem vorliegenden Beispiel gelingen, eine unsichere Informationslage, die durch eine mangelnde Kommunikation*



*der Eltern begünstigt wird, aufrecht zu halten und diese jeweils koalitionsdienlich auszugestalten.*

Verfolgt man die Entwicklung der Störungsmodelle im Laufe des Behandlungsprozesses, werden zwei Umbrüche in der Konstruktion der Störungsmodelle erst auf Seiten des Teams und der Eltern, dann auf Seiten der Patientin deutlich.

Nachdem der Vater anfangs immer wieder die Mutter für den Zustand seiner Tochter verantwortlich gemacht hatte und dies mit ihrem mangelnden Selbstbewusstsein und ihrer Depressivität in Verbindung gebracht hatte (Gespräch vom 30.04., 22.04.) sowie mit einer übermäßigen Bindung und Verantwortung von Melanie gegenüber der Mutter (21.04.), die Mutter allerdings eher auf die Rolle des Ehekonfliktes fokussierte (04.05.), aber auch einen generell negativen Einfluss des Vaters auf Melanie sah (14.05.), zeigte sich ein deutlicher Umschwung bzw. Paradigmenwechsel in dem Gespräch vom 19.05, in dem auf das Vermeidungsverhalten von Melanie in Situationen mit Gleichaltrigen fokussiert wurde. Vom Team wurde hier die Idee eingebracht, dass es sich bei Melanie nicht in erster Linie um das Leiden unter dem Konflikt der Eltern handelt, sondern um eine soziale Angst, die durch eine Unterstützung des Vermeidungsverhaltens verstärkt wird. Diese Verschiebung des Fokus weg von den 3-Parteien-Situationen und deren möglicher Konflikte trug zum Entstehen einer neuen Konfliktlinie bei, die zwischen der Patientin auf der einen Seite und dem Team und den Eltern auf der anderen Seite lag und damit eine deutliche Veränderung der Kommunikationsstruktur implizierte. Darüber hinaus wurde vom Team die Hypothese einer verzerrten Informationsweitergabe von Melanie und damit einer gewissen Manipulation der Eltern durch Melanie eingebracht (19.05.). Es zeigte sich allerdings im weiteren Verlauf, dass die Konfliktlinie zwischen den Eltern und Melanie brüchig blieb und die Eltern immer wieder selber um die Art der Anforderungen, die sie an ihre Tochter stellen sollten, in den Konflikt kamen (27.05.). Die Situation wurde dadurch verkompliziert, dass der Vater seinen Entwertungsdiskurs gegenüber der Mutter in Bezug auf mangelnde Anforderungen gegenüber der Tochter fortsetzte und die Mutter damit in eine Position brachte, aus der heraus sie die eigentlich von ihr als gut anerkannte Sache nicht immer unterstützen konnte (27.05., 26.05.), was schließlich zu dem Eindruck auf Seiten des Teams führte (02.06.), dass die Mutter das Vermeidungsverhalten ihrer Tochter entschuldigt. Diese Situation blieb aktuell, da ein Reizkonfrontationsplan im Sinne der Behandlung einer sozialen Angst aufgestellt worden war und hier eine Fülle von kleineren Aufgaben mit der Patientin durchgeführt wurde, sodass es viele Möglichkeiten der Verweigerung gab.

Der zweite Umbruch wird in der Störungsmodelltable im Gespräch mit Melanie und ihren Eltern am 10.06. und im Vernetzungsgespräch am 22.06. deutlich. Melanie, die in der Vergangenheit immer wieder Ängste vor sozialen Situationen benannt hatte, behauptete nun, ihre soziale Unsicherheit nur gespielt zu haben, ohne dies wirklich zu erklären. Erstaunlich dabei war allerdings, dass nach diesem, anfangs wie eine Manipulation wirkenden Schachzug von Melanie, eine deutliche Symptomverbesserung, eine Abnahme der Verweigerung und eine Zunahme sozialer Kompetenz zu beobachten war (24.06.). Für die Fallstrukturhypothese könnte dies bedeuten, dass mit diesem Störungsmodell Melanies der Macht- und Autonomieaspekt berührt worden ist. Melanie, die möglicherweise gewohnt war, die Eltern gegeneinander auszuspielen und hier eine frühe und für sie ungünstige Form der Autonomie durch Machtausübung erlernt hat, könnte mit diesem Störungsmodell versucht haben, einerseits ihre Autonomie zu wahren, in dem sie alle Hypothesen der Eltern und der Behandlerinnen ad absurdum führte und gleichzeitig aber genau das zu tun, was von ihr verlangt wurde. Dass sich dies im weiteren Verlauf positiv ausgewirkt hat, dürfte auch auf die vorsichtigen Ansätze der Eltern, gemeinsame Anforderungen an ihre Tochter zu stellen, (10.06.) zurückgehen.

Für den Aspekt der vermuteten Ambivalenz des Vater in der Fallstrukturhypothese könnte das Familiengespräch vom 18.06. Aufschluss geben. Hier hatte der Vater deutlich gemacht, dass nur die Töchter die Familienprobleme lösen könnten. Mit dieser Delegation von Verantwortung an seine Kinder, also auch an Melanie, fordert der Vater eine ganz klare Positionierung in Richtung seiner Perspektive ein. Dies könnte ein Hinweis auf den Grund einer möglichen Ambivalenz des Vaters seiner Tochter gegenüber, so wie in der Fallstrukturhypothese angenommen sein. Der Vater, der über weite Strecken der Gespräche seine Ex-Frau entwertete und sich insgesamt wenig kompromissbereit gezeigt hatte, hatte die Tendenz, seine Töchter in eine Koalition gegen die Mutter einzuschmieden und blieb misstrauisch und zurückhaltend, solange Melanie auch ihrer Mutter gegenüber eine gewisse, wenn auch geringe Loyalität zeigte.

#### **4.3.2.1 Hypothesen zur Rolle von Störungsmodellen in Fall 2**

Störungsmodelle können als versteckte Schuldzuweisungen dienen, um den Autor zu entlasten, in der Regel eines der Elternteile, und von eigenen Fehlern ablenken.

Die Störungsmodelle beinhalten unterschiedliche Handlungsoptionen und Aufforderungen, die einerseits zur Problemerkaltung, andererseits zur Problemverände-

rung beitragen können. Die Schuldzuweisung würde in die 1. Kategorie gehören, die Fokussierung auf veränderbare Ursachen eher in die 2. Kategorie.

Umbrüche im Diskurs über Störungsmodelle, der Wechsel von einem Störungsmodell zum anderen, der von mehreren Personen möglicherweise auch noch geteilt wird, so wie in dem vorliegenden Fall weg von dem Trennungsmodell hin zu dem Modell sozialer Unsicherheit, können den Behandlungsverlauf stark beeinflussen und zu positiven oder negativen Wendepunkten in der Therapie werden.

Über die Wirkung eines Störungsmodells im Behandlungsverlauf entscheidet die Interaktion mit anderen Störungsmodellen. So ist die Änderung des Störungsmodells hin zu sozialer Unsicherheit auf Seiten der Eltern von der Patientin mit der Idee, dass sie ihre Unsicherheit nur gespielt habe, beantwortet worden. Ihr gelang es, in diesem Störungsmodell einerseits den Impuls des Störungsmodells der Eltern und Therapeuten aufzunehmen, gleichzeitig dabei aber ihre Autonomie zu betonen und ihre Handlungsfreiheit wieder herzustellen. In diesem Zusammenhang kann eine weitere Hypothese aufgestellt werden:

Störungsmodelle müssen nicht richtig oder wahr sein um positiv wirksam zu sein. Sie können offensichtlich auch augenscheinlich abwegig sein.

Mehr als der Inhalt der Kommunikation scheint hier die Kommunikationsstruktur die Störungsmodelle zu determinieren.

#### **4.3.3 Fallanalyse 3**

Mike ist ein 15-jähriger Jugendlicher, der aufgrund einer Amokdrohung in Bezug auf seine Schule vorgestellt worden war. Er lebt mit seinen Eltern und seinem 19-jährigen Bruder zusammen. In der Familie gibt es viele Konflikte zwischen den Brüdern und auch zwischen dem Vater und Mike. Mike war in der Vergangenheit aufgrund sozialer Auffälligkeiten fremduntergebracht worden.

In dem zusammenfassenden Protokoll der vor Beginn der teilstationären Behandlung geführten drei Vorgespräche wird geschildert, dass der Patient im Internet einen Amoklauf angedroht hatte, daraufhin die Polizei tätig geworden war, er verhört worden war sowie eine Vorstellung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie veranlasst worden war. Zentrales Ziel die-

ser Vorstellung war die Einschätzung einer Fremd- aber auch Selbstgefährdung, die aber schon relativ schnell ausgeschlossen werden konnte. Auf der Handlungsebene erscheint die Situation klar und übersichtlich, so dass die Protokollantin zu dem Schluss kommt:

„Bei Mike sowie seinen Eltern liegt, ausgelöst durch die Reaktion auf Mikes Amoklaufandrohung, eine Behandlungsmotivation vor.“

Die Eltern berichten von einem oppositionell verweigerndem und dominantem sowie aggressivem Verhalten, das hauptsächlich in verbalen Aggressionen, insbesondere seinem 19-jährigen Bruder gegenüber bestehe. Es wird dabei ausgeführt, dass er als Kleinkind „sehr oft aggressiv“ gewesen sei, in der letzten Zeit aber „aggressionsgehemmt“ sei. Diese Art der Beschreibung könnte einen ersten Hinweis auf die der Situation zugrunde liegenden Fallstruktur sein. In dieser Form der Beschreibung hat Mike keine Möglichkeit, sich nicht aggressiv zu zeigen. Entweder ist er es offen, oder, wenn er nicht aggressiv ist, dann eben aggressionsgehemmt. Diese negative Beschreibung könnte auf eine grundsätzlich negative Rolle in der Familie hinweisen. Im weiteren Verlauf des Textes findet sich ein Hinweis auf seine durch eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte bedingte leicht verwaschene Sprache. Diese Beschreibung der untersuchenden Kinder- und Jugendpsychiaterin könnte dabei ein Anknüpfungspunkt, bzw. ein materieller Anker für die möglicherweise vorhandene negative Rolle sein. Auch die schon im ersten Gespräch erstaunlich klare Feststellung, „Mike wirkt zur Zeit der Vorstellung....weder fremd- noch selbstgefährdend und muss nicht zu einer Krise aufgenommen werden“ könnte hier noch einmal ein besonderes Licht auf die Beschreibung der Eltern, was Aggressionen angeht, werfen. Zum einen scheint es hier eine widersprüchliche Schilderung zu geben, bei der ein 17-jähriger Schüler eine Amokdrohung im Internet getätigt hatte, von seinen Eltern als aggressiv bzw. aggressionsgehemmt beschrieben wurde, dann aber in der unmittelbaren Untersuchung als weder fremd- noch selbstgefährdend eingeschätzt wurde. Diese Einschätzung wurde von der Mutter auch in einem ca. 1 Monat später durchgeführten erneuten Untersuchungstermin bekräftigt. Der Patient selber hingegen wird als „klagsam“, „depressiv“, „gereizt-dysphorisch“ und mit „mangelndem Selbstvertrauen, großer Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung“ ausgestattet beschrieben.

Neben dem Störungsmodell einer offen oder verdeckten Aggressivität wird das Verhältnis von Mike zu seiner Peergroup sowohl von den Lehrerinnen als auch von der Mutter als problematisch beschrieben. So wird von den Lehrern laut Protokoll angegeben, dass Mike „immer ein Außenseiter“ gewesen sei. Von den Eltern wird berichtet, dass er zwar Kontakte zu Gleichaltrigen haben wollte, zugleich aber Ängste vor Hänseleien gehabt habe und er sich

als Opfer in der Gleichaltrigengruppe aber auch in der Familie sehe. Es kann vermutet werden, dass in dieser Beschreibung gleichzeitig eine Distanzierung von Mikes Sicht, Opfer zu sein, enthalten ist und Mike letztendlich kohärent mit der Aggressionshypothese von seinen Eltern im Gegensatz zu seiner eigenen Beschreibung nicht als Opfer, sondern als Täter gebrandmarkt wird.

Vor dem Hintergrund dieser ersten Information der drei geführten Gesprächen könnte eine erste Fallstrukturhypothese lauten:

*Im Störungsmodell der Eltern aber auch teilweise der Lehrerinnen wird Mike ein durchgehend entweder offen oder versteckt aggressives Verhalten zugeschrieben, das mit einer Außenseiterposition in seiner Peergroup einhergeht und ihn auch in der Familie zum Außenseiter macht. Das Störungsmodell beinhaltet auch die Gegenreaktion von Mike auf dieses Störungsmodell, nämlich das Gefühl, dass er Opfer von Aggressionen seitens seiner Familie oder auch der Peergroup ist. Diese Sicht reduziert Mikes Verhaltensoptionen zumindest in seiner Familie drastisch und zementiert eine negative Rolle in der Familie, die durch abweichendes Verhalten von dieser Rolle nur bestätigt wird. Verhält er sich nicht aggressiv ist er aggressionsgehemmt und beschreibt er sein Gefühl, ein Opfer zu sein, ist dies eher eine Bestätigung für die Aggressionshypothese.*

Vor diesem Hintergrund kann die im Internet erfolgte Amokdrohung als ein Versuch interpretiert werden, dieses familiäre Störungsmodell im Sinne einer Loyalität gegenüber der Familie einerseits zu bestätigen, andererseits aber auch durch das Herstellen von Öffentlichkeit die Rahmenbedingungen seiner unbefriedigenden Situation zu verändern. Ein Hinweis auf den Hintergrund für die negative Rolle Mikes in der Familie kann die Äußerung der Mutter sein, dass sie Mike gegen die Konsequenz und Strenge des Vaters behütet habe und versucht habe, „Dinge hintenrum bei Mike zu erreichen“. In diesem Zusammenhang wird auch von Konflikten zwischen den Eltern berichtet. An dieser Stelle könnte die Fallstrukturhypothese erweitert werden.

Hintergrund für das Aggression fokussierende Störungsmodell der Eltern könnte ein mehr oder weniger offener Konflikt zwischen den Eltern darstellen, der sozusagen an anderer Front ausgetragen wird.

Untersucht man den weiteren Verlauf der Störungsmodelle, sind sowohl symmetrische als auch asymmetrische Störungsmodelldialoge zu finden. Zum einen sind immer wieder gegenseitige Schuldzuweisungen im Sinne einer symmetrischen Eskalation erkennbar. In dem

Elterngespräch vom 12.05. beschreibt die Mutter, dass Mike die Familie „völlig aussaugen“ würde und äußert, dass er „einen Schatten“ habe. Diese durch eine massive Schuldzuweisung gekennzeichnete Sicht wird von Mike ebenfalls durch Schuldzuweisung, prototypisch im Familiengespräch vom 18.05. beantwortet. Mike fasst dort sein Störungsmodell mit einer Art Gleichnis zusammen, in dem er die Situation mit einer Familie vergleicht, die „zwei Haustiere haben würde, von denen eines alles kaputt machen würde und das andere ganz lieb sei“. Er stellt dann die Frage, „welches Haustier man behalten wolle“. Diese Äußerung im Familiengespräch löste in der konkreten Situation von Seiten der übrigen Familienmitglieder eine Kaskade von erneuten Schuldzuweisungen aus. Ein weiteres Beispiel für eine solche Schuldzuweisung stellt die im Elterngespräch vom 27.05. geäußerte Schuldzuweisung, dass Mike „die Familie kaputt mache“ und dass dies schwer auszuhalten sei, dar.

Als eher asymmetrisch sind Beschreibungen der Eltern anzusehen, wie sie auf Mikes Aggressionen reagieren. Die Eltern beschreiben ein verwöhnendes Verhalten, mit dem sie versuchen würden, Mike sich gewogen zu machen und es nicht zu weiteren Konflikteskalationen kommen zu lassen. Allerdings versteckt sich auch hier wieder eine Schuldzuweisung. In den vom therapeutischen Team geäußerten Störungsmodellen wird die Amokdrohung anfangs als der Versuch interpretiert, sich Respekt durch das Erzeugen von Angst zu verschaffen. Es wird dabei die Idee einer allgemeinen „Drohatsphäre“ in der Familie ausgedrückt, so zum Beispiel in der einzeltherapeutischen Sitzung vom 11.05., und damit der Versuch unternommen, die gegenseitigen Schuldzuweisungen durch einen gemeinsamen Ursachenfokus, nämlich die Atmosphäre in der Familie, zu unterbrechen. In dieser Sitzung mit dem Patienten schlug dies allerdings fehl, was daran abzulesen ist, dass Mike sein von den Eltern berichtetes erheblich aggressives Interaktionsverhalten in der Familie bagatellisierte. Auch der Versuch, im Elterngespräch vom 12.05. Mikes Ungerechtigkeitserleben in der Familie aus dem aktuellen Kontext in seine Ausgrenzungserfahrungen in seiner frühen Schulzeit hineinzuverlegen und damit das Muster negativer Eskalation und Schuldzuweisungen zu unterbrechen, schlug fehl und wurde von der Mutter im Gespräch vom 12.05. mit der Hypothese, dass Mike einen Schatten habe, beantwortet. Dies könnte man schon fast als eine Art Dämonisierung bezeichnen.

Betrachtet man die Grabenbildung im Laufe der Behandlung und die eher geringe Erreichbarkeit aller Familienmitglieder durch therapeutische Interventionen, zumindest was die familiäre Konfliktebene angeht, denn im teilstationären Rahmen hatte sich der Patient durchgehend sozial angemessen und nicht aggressiv verhalten, so erscheint dann doch die im El-

terngespräch vom 30.06. deutlich werdende positive Einschätzung der Eltern, was das Zusammenleben mit Mike angeht, insbesondere die Äußerung, ihre Probleme „zu 80% im Griff“ zu haben, als eine Überraschung. In diesem Gespräch äußern die Eltern, dass die Umsetzung des Therapievertrages, der zu Beginn der Behandlung abgeschlossen worden war und u. a. eine Regulierung der Computernutzungszeiten und der Beteiligung an Haushaltsarbeiten beinhaltete, erfolgreich verlaufen sei. Sie schätzten dabei ihre eigenen Kompetenzen, mit Schwierigkeiten in Zusammenhang mit ihrem Sohn umzugehen, höher ein, würden Eskalationen aus dem Wege gehen und mehr mit Konsequenzen experimentieren. Untersucht man die dieser positiven Schilderung unmittelbar vorausgegangenen Gespräche, so sticht das eine Woche zuvor durchgeführte Reflecting-Team heraus, in dem die Eltern einer Teamsitzung zusahen, in der über die Situation der Familie diskutiert wurde. Hier wurde, wie allerdings auch schon zuvor, beschrieben, dass das Team Mike „in zwei verschiedenen Welten“ erleben würde. Hiermit wurde ausgedrückt, dass Mikes Verhalten im teilstationären Rahmen, seinen durchweg angemessenes soziales Verhalten und seine Hilfsbereitschaft in einem starken Kontrast zu den von den Eltern berichteten aggressiven Verhaltensweisen steht. Dies wird auch auf das Einkoten bezogen, das als Symptom im Laufe der Behandlung aktuell geworden war, nachdem es am Anfang keine Rolle gespielt hatte. Eine zentrale Stelle in dem Reflecting-Team nehmen die Hypothesen über die Rolle von Gerechtigkeit in der Familie ein. Es wird die Frage gestellt, in wieweit das Gerechtigkeitserleben von Mike tatsächlich aus seiner Familie stammt, da er in einer „eher behüteten Familie“ aufgewachsen sei und dieses Gerechtigkeits- bzw. Ungerechtigkeitserleben zum einen als Familienthema beschrieben wird, zum anderen an die Biographie der Eltern angekoppelt wird, die durch „Trennungs- und Bindungsabbrüche“ charakterisiert wird. Mit diesem Störungsmodell wurde der Versuch unternommen, einerseits die Eltern mehr in die Pflicht zu nehmen und ihre verantwortliche Position zu betonen, andererseits aber auch die Symptomatik mit einer Erfahrung der Eltern, die nicht Teil der aktuellen Familiensituation ist, in Verbindung zu bringen. Es handelt sich dabei auch um den Versuch, Empathie bei den Eltern für das Ungerechtigkeitserleben ihres Kindes durch die Ankoppelung an ihre eigenen Ungerechtigkeitserfahrungen zu erreichen und damit den Teufelskreis von Schuldzuweisungen zu unterbrechen.

#### ***4.3.3.1 Hypothesen zur Rolle von Störungsmodellen in Fall 3***

So wie im Fall 2 stehen die Störungsmodelle der Eltern und des Patienten im Dienst gegenseitiger Schuldzuweisungen, wobei die Konfliktlinie nicht zwischen den Eltern, sondern zwischen den Eltern und dem Patienten verläuft.

Therapeutische Störungsmodelle, die bei einer vorhandenen Grabenbildung die eine oder andere Perspektive bzw. Position vertreten, haben möglicherweise wenig Effekt, da sie keine neuen Informationen beinhalten.

Möglicherweise haben Situationen wie das Reflecting-Team, in dem Störungsmodelle geballt generiert und kommentarlos von der Familie angenommen bzw. hingenommen werden müssen, einen starken negativen oder positiven Effekt im Sinne eines ausreichenden Verstörungspotentials.

Therapeutische Störungsmodelle, die einen gemeinsamen Außenfeind identifizieren und damit das Gefühl erzeugen, dass die vorher sich unversöhnlich gegenüberstehenden Parteien in einem Boot sitzen, könnten möglicherweise das Potential haben, symmetrische Konflikteskalationen zu unterbrechen.

Störungsmodelle könnten die Handlungsoption aller Beteiligten einschränken und im Extremfall, so wie bei Mike, die Freiheitsgrade auf nur eine Verhaltensoption, in diesem konkreten Fall aggressives Verhalten, reduzieren.

#### **4.3.4 Fallanalyse 4**

Im vorliegenden Fall hatte die Mutter ihren Sohn Fabian, 13 Jahre alt, mit massiven Verhaltensauffälligkeiten und Konzentrationsschwierigkeiten zur Behandlung in der Tagesklinik angemeldet, der sich im Behandlungsverlauf als hoch antisozial präsentiert hatte und im Team zunehmend zu Sorgen um die Mitpatienten und auch zu einer Abneigung ihm gegenüber beigetragen hatte. Eine Zunahme von tätlichen Auseinandersetzungen, in die auch eher friedliche Mitpatienten eingebunden waren, engte den Handlungsspielraum des Teams zunehmend ein und führte zu einem konflikthaften Behandlungsende. Familiärer Hintergrund war eine Trennung der Eltern, der familiengerichtlich geführte Auseinandersetzungen folgten. Auch von der Schule wurden soziale Auffälligkeiten beschrieben. Fabian war schon zuvor in einer anderen Klinik teilstationär behandelt worden.

Im Einzelnen geschah Folgendes: Der den therapeutischen Interaktionen zugrunde liegende Kommunikationsprozess beginnt mit der telefonischen Anmeldung von Fabian durch die Mutter. Die berichtet laut Protokoll:



„Fabian hat ADHS, Mutter und Vater sind getrennt, er hat erst beim Vater gelebt, Mutter durfte ihn 7 Wochen lang nicht sehen. Jetzt lebt er bei Mutter. Mutter macht sich große Sorgen um ihn.“

Diese erste Information beinhaltet sowohl eine konkrete Diagnose, nämlich ein Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom, zum anderen beinhaltet sie versteckt ein Störungsmodell der Mutter, das eine Verbindung zwischen dem Leben von Fabian beim Vater für einen Zeitraum von 7 Wochen und dessen Symptomatik herstellt. Der Wechsel des Aufenthaltsortes vom Vater zur Mutter steht hier also im Zentrum des Störungsmodells. Dabei bleibt noch unklar, ob sich das Störungsmodell auf die Problematik des Wechsels oder auf die mit dem Vater stattfindenden Interaktionen bezieht.

Im Vorstellungsgespräch vom 03.06 wird konkretisiert, dass Fabian neben einer oben mit ADHS umschriebenen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung auch unter einer Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen leidet, so jedenfalls von der vorbehandelnden Einrichtung diagnostiziert. Es werden dabei viele Jahre bestehende Schwierigkeiten des Sozialverhaltens, die immer wieder zu Konflikten mit Mitschülerinnen geführt hatten, sowie Konzentrationsstörungen beschrieben. Fabian wurde darüber hinaus vier Jahre mit Medikinet<sup>11</sup> behandelt. Als weitere Symptomatik wird von der Mutter angegeben, dass er Tapeten von der Wand gerissen habe und Fugen auf dem Boden mit einer elektrischen Zahnbürste zerstört habe.

Die Mutter konkretisiert im Vorstellungsgespräch ihre Störungsmodellhypothesen, in dem sie immer wieder auf die zentrale Rolle von anderen Personen bei den Streitigkeiten ihres Sohnes hinweist.

Sie berichtet, dass Fabian mit seinen Mitschülern oft in Auseinandersetzungen gerate. Er habe von der Tagesklinik aus, in der er vorher behandelt worden war, seine Heimatschule besucht und bemerkt, dass er von den Mitschülerinnen öfters ausgelacht und provoziert werde und habe sich dann aggressiv verhalten. Die Mutter berichtet darüber hinaus von einer einige Monate zuvor stattgefundenen teilstationären Behandlung in einer anderen Einrichtung, zu der es gekommen sei, nachdem Fabian in der 5. Klasse von seiner Lehrerin sehr schlecht behandelt worden sei. In Bezug auf diese tagesklinische Behandlung ist die Mutter auch vorwürflich, wohl auch, um ihr erneutes Behandlungsanliegen zu begründen. Sie bemängelt, „dass sie als Mutter in die Behandlung in keiner Weise einbezogen wurde“. Auch der Vater wird erneut genannt, hier aber in etwas abgeschwächter Form, wenn beschrieben wird, dass

---

<sup>11</sup> Medikament zur Behandlung eines Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms

die Symptomatik besonders stark aufgetreten sei, nachdem Fabian 1-2 Monate beim Vater gelebt habe. Das Protokoll vermerkt hier aber auch: „allerdings habe sie auch vorher bestanden“.

Auch in den Behandlungszielen findet sich das Muster der Schuldzuweisung wieder, wenn sie als Ziel eine Reduzierung der Ängste von Fabian davor, dass der Vater ihn zu sich holen könnte, angibt. Die von der Mutter eingebrachte Perspektive des Opferseins anderer Personen wird durch die Information komplettiert, dass die Sorgerechtsstreitigkeiten mit ihrem Mann um Fabian sie so mitgenommen hätten, dass sie sich in Psychotherapie habe begeben müssen.

Ausgangspunkt für den Behandlungsprozess stellt damit eine in Konzentrationsproblemen, Auffälligkeiten des Sozialverhaltens und emotionalen Problemen bestehende schwer einzugrenzende Symptomatik dar, für die die Mutter die Lehrerin, den Vater und die Vorbehandler verantwortlich macht. Die Herausforderung für die therapeutische Kommunikation an dieser Stelle ist ein im Auftrag angelegter Widerspruch: Die Mutter meldet ihren Sohn für eine teilstationäre Behandlung an, in der mit ihm an seiner Problematik gearbeitet werden soll. Gleichzeitig sind aber Personen für die Problematik verantwortlich, die zuerst einmal nicht zur Verfügung stehen. Eine komplizierende Nebenbedingung dabei ist, dass die Mutter offensichtlich ebenfalls für sich Hilfe sucht, sie aber nur ihren Sohn in Behandlung gibt. Unwägbarkeiten der therapeutischen Kommunikation stellen dabei mögliche unterschiedliche Haltungen der Psychotherapeuten, einmal der Mutter und einmal des Sohnes dar, was die Komplexität der Prozesse massiv erhöht. Eine erste Fallstrukturhypothese könnte somit lauten:

*Die Mutter beschreibt im Rahmen eines Trennungs- und Scheidungskonfliktes sich selbst und ihren Sohn als Opfer externer Mächte und stellt das Behandlungsteam mit ihrem Wunsch nach Psychotherapie vor eine paradoxe Aufgabe. Dass auch schon andere an dieser paradoxen Aufgabe gescheitert sind, zeigt das Beispiel mit den Vorbehandlerinnen in einer anderen Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie.*

Betrachtet man den weiteren Behandlungsverlauf, so wird zunächst die Opferperspektive der Mutter auch vom Behandlungsteam übernommen. Es zeigte sich immer wieder, dass Fabian in erhebliche Streitigkeiten mit den Mitpatienten verwickelt war und es dabei auch mehrfach zu tätlichen Auseinandersetzungen kam, die das Behandlungsteam mehr und mehr in Atem hielten. Prototypisch für die Situation wird in der Notiz vom 12.08 vermerkt: „dass

für den Konflikt eher Jonathan (ein ebenfalls unter sozialen Auffälligkeiten leidender Mitpatient) mehr Verantwortung trage“. An diesen Stellen im Therapieverlauf entstand auf Seiten des Behandlungsteams bis dahin allerdings auch der Eindruck, dass Fabian Konflikte verzerrt darstellt (Einzelgespräch, 04.08.), bagatellisiert (Einzelgespräch vom 18.08.) und die Schuld auf andere schiebt.

Ein erster Konflikt des Behandlungsteams mit der Mutter entstand im Rahmen der Gerichtsverhandlung, an der Fabian teilnehmen sollte, als die Mutter forderte, dass dieser Termin so lange wie möglich geheim gehalten werden soll (Notiz vom 12.08.). Bis zu diesem Zeitpunkt entsprachen die Interaktionen des Teams mit dem Patienten und der Mutter noch dem Rahmen, den sie im Vorgespräch vorgezeichnet hatte. Eine deutliche Veränderung entstand, nachdem erst im Einzelgespräch am 18.08. und dann am gleichen Tag im Elterngespräch der Mutter gegenüber der Eindruck geschildert worden war, dass Fabian sehr subtil andere Mitpatienten provoziert, die dann „ausrasten“ und Fabian angreifen, ohne dass irgendeine Aktivität von seiner Seite ersichtlich werde. Dies war aufgefallen, nachdem auch Patienten, die sonst nie in tätliche Auseinandersetzungen verwickelt waren, zunehmend öfter Konflikte mit Fabian bekamen und sich in diesen ungewöhnlich aggressiv verhielten. Das erste Mal in dem Behandlungsprozess werden Störungsmodelle von Seiten des Teams genannt, die deutlich von dem der Mutter abweichen. So wird vermutet, dass Fabian Konflikte mit Gleichaltrigen provoziert, um sich aufgrund eigener Schuldgefühle gegenüber dem Vater, zu dem er einen massiven Loyalitätskonflikt erlebt, zu bestrafen. Dies stellt allerdings noch eine Mischung aus einem Opfer- und Täterstatus dar. Fabian wird zum Täter, um danach Opfer sein zu können.

Darüber hinaus wird auch seitens des Teams festgestellt, dass die Mutter sich in dem von ihr geführten Sorgerechtsstreit in einem Interessenkonflikt befindet, in dem sie ihre eigenen Interessen gegen die ihres Kindes abwägen muss. An dieser Stelle scheint aber auch von Seiten der Mutter eine gewisse Flexibilität vorhanden gewesen zu sein, die sich folgendermaßen in dem Protokoll ausdrückt:

„Sie glaube, dass der Vater Macht über sie ausüben wolle. Sie sei allerdings auch hin- und hergerissen zwischen der Idee, dass es wichtig für Fabian sei, seinen Vater regelmäßig zu sehen und der Idee, dass Fabian überhaupt keinen Kontakt mehr zu seinem Vater hat“.

An dieser Stelle wird auch die Opferperspektive der Mutter, die bisher den Behandlungsverlauf dominiert hatte, erweitert. Fabian ist nicht mehr nur Opfer des Vaters, sondern,

dies wurde mit dem Wort „Interessenskonflikt“ impliziert, Opfer der Streitigkeiten der Eltern, was das Störungskonzept der Mutter massiv in Frage stellt.

Dies führte aber nicht zu einer Neustrukturierung des Störungsmodells der Mutter, die möglicherweise neue Erfahrungen von Fabian möglich gemacht hätte, sondern eher zu einer allmählichen Distanzierung und Verfestigung ihrer Einstellung. Nachdem bis dahin noch alles offen und Veränderung möglich erschien, änderte sich die Situation schlagartig, nachdem der Vater zu einem Gespräch in die Tagesklinik gekommen war. Er hatte sich am 24.08. eher unterstützend in Bezug auf Fabian gezeigt, zugesagt, einen Brief an Fabian zu schreiben, der ihn von Schuldgefühlen entlasten sollte und deutliche Hinweise auf eine Vater-Sohn-Bindung an den Tag gelegt. Auch der Vorschlag einer Trennungsmediation war für ihn annehmbar. In dem einen Tag später stattfindenden Gespräch mit der Mutter lehnte diese eine solche kategorisch ab, nahm auch ihre Zusage, den Brief, den der Vater schreiben würde, ihrem Sohn zu geben zurück und unterstellte dem Vater, dass er mit seinem Verhalten Macht ausüben wolle. Die Mutter fiel damit vollständig in ihr ursprüngliches Störungsmodell zurück. Aus dieser Haltung heraus entschuldigte sie immer öfter Fabians soziale Auffälligkeiten mit der Belastung durch den Gerichtstermin oder auch überhaupt durch die Situation mit dem Vater (Notiz vom 08.09.). Parallel dazu lehnte Fabian jede Form von Reflektion seines problematischen Sozialverhaltens ab und gab konsequent anderen die Schuld. Dies drückte er prototypisch in dem Satz, dass er lieber ein „Arschloch“ als ein „Weichei“ sein wolle aus, als es darum ging, sich für ein Fehlverhalten zu entschuldigen. An dieser Stelle kann die Fallstrukturhypothese erweitert werden:

*Während die Mutter sich eher als ein Opfer externer Mächte fühlt, wählt Fabian asymmetrisch dazu die Gegenposition, Täter oder „Arschloch“ zu sein. Die Familie schafft damit eine Interaktionssituation, in der die Symptomatik durch die asymmetrischen Störungsmodelle aufrecht erhalten wird und damit ein familiäres Interaktionsmuster, aus dem der Vater gerade ausgeschieden ist, fortgesetzt wird.*

Diese Situation führt u.a. zu dem paradoxen Geschehen, dass vom Team eine Symptomverschlechterung, von der Mutter hingegen eine Symptomverbesserung berichtet wurde. Das Team bzw. die Mitpatienten traten damit in die Position des Opfers und die Mutter wurde von ihrem Opferstatus in den Konflikten mit Fabian entlastet, was ihr erlaubte, die eigentlich das Problem aufrecht erhaltende Situation weiter fortzuführen. Die weiteren Interaktionen bis zum Behandlungsende sind dann eher defensiv ausgerichtet. Von Seiten der Mutter wird dies

deutlich, als sie im Elterngespräch vom 08.09. den Therapeuten, den sie anfangs darum gebeten hatte, dem Gerichtstermin mit Fabian und seinem Vater beizuwohnen, um Fabian zu unterstützen, auslud und dies damit begründete, dass Fabian ganz gut mit dem Termin alleine zurechtkäme. Dieses Verhalten wurde seitens des Teams als strategisch (Elterngespräch, 08.09.) erlebt. Zum Behandlungsende hin fand eine zunehmende Polarisierung der Haltungen statt, die dann zum konflikthaften Ende der Behandlung am 16.09 führte, in der die Mutter dem Behandlungsteam einen Vertrauensmissbrauch vorwarf, da ihr ein kurzfristiger Entlassungstermin im Rahmen eines Gespräches mit dem Schuldirektor von Fabian mitgeteilt worden war.

#### ***4.3.4.1 Hypothesen zur Rolle von Störungsmodellen in Fall 4***

Störungsmodelle, die die Symptomatik einer gemeinsamen Außenfeindin oder auch Außenfeindinnen anlasten, könnten für den Therapieverlauf besonders ungünstig sein, wenn dieser Außenfeind nicht Teil des therapeutischen Settings ist.

Störungsmodelle mit einer Außenfeindin sind nur schwer zu falsifizieren bzw. zu verstören, wenn die Kommunikation mit diesem Außenfeind, wie im vorliegenden Fall, abgebrochen ist oder nur über Gerichte abläuft.

Das Störungsmodell mit einem Außenfeind wie in dem vorliegenden Fall dient der Aufrechterhaltung der Symptomatik, da jedes erneute Auftreten des Symptoms die Schlechtigkeit des Außenfeindes bestätigt und damit verstärkt wird. Der enge Zusammenhang zwischen Symptom und Verursacher impliziert, dass das Symptom erst aufgegeben werden kann, wenn der Feind seinen negativen Einfluss einstellt. Ist dies, wie im vorliegenden Fall, nicht möglich, kann auch das Symptom nicht verschwinden.

Die Außenfeindhypothese dient im vorliegenden Fall der Fortsetzung eines asymmetrischen Interaktionsmusters, in dem die Mutter das Opfer und der Interaktionspartner der Täter ist. Nachdem der Vater als Täter ausscheidet, tritt der Sohn an seine Stelle. Die Tatsache, dass hier die Mitpatienten und nicht die Mutter Opfer der Aggression des Patienten sind, führt dabei zu einer Verstärkung und Aufrechterhaltung des Symptommusters. Die Störungsmodelle der Mutter und ihres

Söhne sind eng aufeinander bezogen und produzieren gemeinsam die Symptomatik.

Im Unterschied zu Fall 1 und zu Fall 2, in denen auch Schuldzuweisungen eine Rolle spielten, ist die Schuldzuweisung hier generalisierter und auch austauschbarer. Schuldige sind neben dem Partner bzw. Ex-Partner auch Lehrerinnen, Therapeuten und Gleichaltrige. Ein solches Störungsmodell dürfte besonders schwer zu verändern sein.

#### 4.3.5 Fallanalyse 5

Chantal, 14 Jahre alt, war aufgrund von Schulproblemen sowie sozialen Auffälligkeiten in ihrem Verhalten gegenüber Erwachsenen und auch gegenüber Gleichaltrigen in die teilstationäre Behandlung gekommen. Dem vorausgegangen war eine ca. ein Jahr zuvor durchgeführte Fremdunterbringung in einer größeren Heimeinrichtung, die allerdings nicht die erwünschte Veränderung ihres Verhaltens erbracht hatte. Die Eltern, die sehr zerstritten waren, sich kurz zuvor getrennt hatten, darüber hinaus auch noch Drogen und Alkohol konsumierten, mit einem Vater, der außerdem straffällig gewesen war und vor kurzem eine Haftstrafe abgesessen hatte, hatten immer noch einen großen Einfluss auf Chantal, die in dieser Situation zwischen allen Stühlen stand. Im Unterschied zu den vorhergehenden Fällen zeigen sich hier keine Wendepunkte im Therapieverlauf. Im Gegenteil zeigte sich ein Muster, bei dem die Rollen von Anfang an verteilt scheinen, Störungsmodelle klar zugeordnet wurden und jede therapeutische Interaktion quasi eine Wiederholung dieses Musters war.

Im Einzelnen entstand folgendes Bild: Das Störungsmodell der Heimmitarbeiter wird prototypisch in der ersten telefonischen Anmeldung Chantals deutlich: „Schulprobleme, seit einem Jahr im Heim, da sehr problematische Familienverhältnisse. ...Jetzt, ein Jahr nachdem sie im Heim lebt, immer noch Schulproblematik, auch grenzüberschreitendes Verhalten im Heim etc., Traumatisierung in der Familie.“

Dieses Störungsmodell wird im Vorstellungsgespräch präzisiert, in dem die Heimmitarbeiter den Kontakt mit den Eltern und Chantals Schwierigkeiten, sich von den Eltern abzugrenzen, für die mangelnde Regeleinhaltung im Heim verantwortlich machen. Chantal selbst beschreibt ihre Schulproblematik darin, dass sie leistungsmäßig in der Förderschule nicht mithalten könne und auch stellenweise die Mitarbeit in der Schule verweigere. Das Störungsmodell der Eltern hingegen zeichnet sich weniger deutlich ab. Im Aufnahmegespräch

vom 24.03. wird einerseits eine Symptomverbesserung, was die Regeleinhaltung im Heim, aber auch die Respektlosigkeit gegenüber den Erzieherinnen angeht von Chantal beschrieben, es werden aber auch Chantals Schulprobleme von Seiten des Heimes mit dem Begriff „Morgemuffel“ erklärt, der auch von der Mutter in Bezug auf Probleme mit Chantal bei den Besuchskontakten angewendet wird. Von Seiten des Vaters wird ein gegenteiliges Modell eingebracht, insofern dass Chantal „ein Papakind“ sei und sich gut in der Gruppe verhalte. Obwohl bei der Vorstellung sehr klar benannt, wiederholen die Heimmitarbeiter ihr Störungsmodell in Anwesenheit der Eltern nicht. Diese mangelnde Offenheit könnte ein erster Hinweis auf die dem Fall zugrunde liegende Dynamik sein. Das in Ansätzen erkennbare Muster der Schuldzuweisung, was die Ursachen für Chantals problematisches Verhalten angeht, zeigt sich auch im Vernetzungsgespräch vom 30.03., in dem die Mutter Chantals Schwierigkeiten auf den Alkoholismus, die häusliche Gewalt und die Inhaftierung des Vaters zurückführt.

Es zeigt sich im weiteren Verlauf der Behandlung ein Verhaltensmuster von Chantal, das in einem mangelnden Einlassen auf die Behandlung und häufigen Weigerungen, in die Tagesklinik zu kommen, besteht. Zu diesem Zeitpunkt kristallisierte sich auch zunehmend ein Störungsmodell des Behandlungsteams heraus, in dem die mangelnde Koordination von Absprachen um Chantal herum in den Fokus gerückt wurde, insbesondere was die Besuchskontakte angeht, in dem aber auch die Auffälligkeiten der Interaktion zwischen Erziehern und Eltern, als mögliche Ursache für das Fortbestehen von Chantals Auffälligkeiten benannt wurde. So wurde im Vernetzungsgespräch vom 06.04. ein „großes Misstrauen gegenüber den Eltern“ der Heimmitarbeiter beschrieben. In einem weiteren Vernetzungsgespräch vom 14.04 wurde dieses Störungsmodell weiter präzisiert, in dem der Eindruck des Behandlungsteams geäußert wurde, dass es für den Erzieher, Herrn Dorfmann, persönlich wichtig ist, dass Chantals Geschwister, die alle zusammen in einer Heimgruppe betreut werden, zusammen bleiben.

Die mangelnde Regeleinhaltung in der Heimeinrichtung wurde mit dem hohen Engagement der Erzieher, die in ihrem eigenen Umgang mit den Regeln der Heimeinrichtung unklar wirkten, in Verbindung gebracht. Das Behandlungsteam schien sich damit ungewollt dem Muster von Schuldzuweisungen, das die Fallstruktur beherrscht, anzuschließen.

Nach einem Vorfall, bei dem Chantal in eine massive Auseinandersetzung mit ihrem Freund, der in der gleichen Heimeinrichtung wohnte, geriet und in dessen Verlauf sie eine psychogene Ohnmacht erlebte, schien sich das Störungsmodell des therapeutischen Teams zu bestätigen. Die Erzieher wirkten hin- und hergerissen zwischen der Einhaltung von Konsequenzen, die sie in Aussicht gestellt hatten, nämlich der Entlassung von Chantal (Notiz vom

20.04.) und dem Wunsch, sie zu halten. Folgende Fallstrukturhypothese kann auf der Basis des dargestellten Therapieverlaufes angenommen werden:

*Die Falldynamik wird durch ein Muster gegenseitiger Schuldzuweisung bestimmt, in dem die Erzieher den Eltern, die Eltern sich gegenseitig sowie das Therapeutenteam den Erziehern, aber auch den Eltern Schuld zuweisen, was sich in ihren Störungsmodellen abbildet.*

Auffällig dabei scheint die Inkonsequenz und Unklarheit der Erzieher im Umgang mit eigenen Regeln, die sich zu dem Eindruck massiver Hilflosigkeit des pädagogischen Teams verdichtete. Dabei zeigte sich aber, dass Chantals Verhalten sehr situationsspezifisch war und sich auf die Heimatschule und Heimeinrichtung, die allerdings eine Einheit darstellten und eng miteinander verbunden waren, bezog, nicht aber auf die Tagesklinik und die angeschlossene Schule für Kranke. Auf der Basis der Ambivalenz der professionell wirkenden Mitarbeiter der Heimeinrichtung könnte die Fallstrukturhypothese folgendermaßen konkretisiert werden:

Neben der Struktur gegenseitiger Schuldzuweisung wohnt der Interaktionsdynamik in dieser Behandlung auch eine Unklarheit und Ambivalenz im Verhalten der Eltern, aber auch der Erzieher inne. Chantals mangelnde Veränderung ihres Verhaltens, so wie in der Erstanmeldung von den Heimmitarbeitern berichtet, könnte auf das Fortbestehen einer ähnlichen Interaktionsdynamik im Heim wie auch in der Familie erklärt werden.

Ursachen für eine solche Wiederholung einer pathogenen Familiendynamik in der Heimgruppe könnten zum einen darin bestehen, dass alle drei Geschwister gemeinsam in die gleiche Gruppe aufgenommen worden waren und damit einen größeren Einfluss auf die Gruppendynamik nehmen konnten, aber auch das hohe Engagement der Heimmitarbeiter ist hier zu nennen, das möglicherweise zu einer Wiederholung familiärer Bindungsmuster beitrug.

Die Tatsache, dass die Heimmitarbeiter bis zum Therapieende immer wieder beschrieben, dass sich die Symptomatik nach wie vor im gleichen Umfang zeigt und ihre Unzufriedenheit artikulierten, auch phasenweise für eine stationäre Behandlung plädierten, könnte darüber hinaus ein Hinweis darauf sein, dass das Muster der Schuldzuweisung konsequent nun auch auf das therapeutische Team angewandt wurde. Das vom Team ausgedrückte Störungsmodell des Loyalitätskonflikts von Chantal (Teamsitzung 28.04) könnte den Versuch darstellen, ebenfalls das Muster von Schuldzuweisungen zu bedienen, in dem letztendlich die enge Bindung der Heimmitarbeiter an Chantal als ursächlich für das Fortbestehen der Symp-



tomatik angesehen wurde. Gegen Ende der Behandlung kamen aber die Eltern wieder stärker in das Blickfeld des Störungsmodelles des Behandlungsteams, in dem der negative Einfluss des Vaters, der sich an keine Abmachungen hielt und damit ein problematisches Modell für Chantal darstellte, in den Fokus genommen wurde.

Obwohl oder gerade auch weil Chantal sich in der Tagesklinik eher unauffällig verhielt und es damit wenig Ansatzpunkte für therapeutische Interventionen gab, aber auch weil die Kooperation mit allen Beteiligten trotz vieler gemeinsamer Gespräche insgesamt unbefriedigend schien und auch ein Therapieerfolg innerhalb der gesamten Behandlungsdauer nicht vorhanden gewesen war, wurde Chantal schließlich mit einer Empfehlung eines Einrichtungswechsels aus der Tagesklinik entlassen.

#### ***4.3.5.1 Hypothesen zur Rolle von Störungsmodellen in Fall 5***

Trotz guter Gründe für therapeutische Störungsmodelle und trotz der grundsätzlichen Veränderungsorientierung solcher Störungsmodelle könnten diese zur Aufrechterhaltung einer Symptomatik beitragen, in dem sie zwar nicht inhaltlich aber doch strukturell eine familiäre Dynamik wiederholen könnten. Die Implikation für Schuldzuweisungen solcher Störungsmodelle aber auch deren Abfolge in der Interaktionsdynamik könnten wichtiger sein als deren tatsächlicher Inhalt. Obwohl es also gut sein könnte, dass Chantal tatsächlich einen massiven Loyalitätskonflikt erlebt, könnte bei diesem therapeutischen Störungsmodell wichtiger sein, dass sich darin eine verdeckte Schuldzuweisung an die Mitarbeiter der Heimeinrichtung herauslesen lassen könnte.

In dem vorliegenden Fall wurden die Schuldzuweisungen beinhaltenden Störungsmodelle eher selten direkt kommuniziert. Es bestand eine Tendenz, immer den abwesenden Dritten zu belasten, ohne dass eine wirkliche Auseinandersetzung oder auch ein Konflikt entstand. Da wo es Konflikte mit dem Vater hätte geben können, war dieser in der Regel abwesend, kam aus den unterschiedlichsten Gründen zu Terminen nicht. Eine klare Auseinandersetzung über unterschiedliche Störungsmodellhaltungen könnte aber auch für einen Therapieerfolg und auch für die Kooperation wichtig sein.

#### 4.3.6 Fallanalyse 6

Denis, ein zum Behandlungszeitpunkt 11 Jahre alter Junge, kam aufgrund von Auffälligkeiten seines Sozialverhaltens innerhalb der Peergroup sowie wegen mangelnder Regeleinhaltung im häuslichen Rahmen in die teilstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung. Beide Auffälligkeiten wirkten sich auch massiv im schulischen Rahmen aus, was schließlich zur Überlegung einer möglichen Förderschulbesuchung geführt hatte. Die Behandlung kam auf Initiative der Schule zustande, die keine Möglichkeit mehr sah, Denis' schulisches Verhalten, das zwischen Verweigern und Stören schwankte, zu beeinflussen.

Die Eltern brachten eine mehrkulturelle Familiengeschichte mit, die durch viele Brüche, insbesondere bei der Mutter gekennzeichnet war. Die Mutter, deutsch-arabischer Abstammung, hatte mehrfache Umzüge von Deutschland in ihr Heimatland und wieder zurück erlebt und hatte eine ungewöhnliche Sprachauffälligkeit entwickelt, die darin bestand, dass sie zwar ohne Akzent Deutsch sprechen konnte, ihr Deutsch allerdings grammatisch hoch auffällig war. Diese Auffälligkeiten waren allerdings nicht migrantentypisch sondern bestanden in einem häufigen Vertauschen von Präfixen, so dass bei insgesamt relativer grammatischer Korrektheit, die Sprache doch sehr reduziert bzw. gestört wirkte. Von Bedeutung an der mehrkulturellen Familiengeschichte ist auch, dass die Mutter kürzlich vom Islam zum katholischen Glauben konvertiert war und sich und ihren Sohn hatte taufen lassen, so dass jetzt die ganze Familie katholisch war. Dies hatte auch einen Hintergrund in dem Wunsch des Paares, ihre Beziehung zu stärken, die aus ihrer Sicht sehr problematisch gewesen war. Denis ist einziges Kind der Familie, eine weitere Schwangerschaft hatte die Mutter vor ca. einem Jahr auf Druck des Vaters hin abbrechen lassen, was zu einer erheblichen Abkühlung der Beziehung der Eheleute geführt hatte. Dies war allerdings erst ganz am Ende der Therapie von der Mutter eher beiläufig kommuniziert worden.

Im Einzelnen geschah Folgendes: Der Vater meldet telefonisch seinen Sohn folgendermaßen für das Vorstellungsgespräch an: "ADHS, bekommt Medikinet, brauchen psychologische Betreuung. Hat Probleme in der Schule und manchmal auch zu Hause". Zum einen werden hier die beiden zentralen Problembereiche Schule und häusliche Umgebung genannt, zum anderen wird auch die Diagnose ADHS, die ein spezifisches Störungsmodell impliziert, mitgeteilt. Die ADHS-Diagnose, gestellt vom behandelnden Kinder- und Jugendpsychiater, liefert ein multifaktorielles Erklärungsmodell, in dem neurophysiologische Zusammenhänge im Vordergrund stehen und aus dieser Erklärung heraus medikamentös beeinflusst werden sollen. Im vorliegenden Fall war dies durch eine mehrjährige „Ritalin“-Gabe geschehen. Inte-

ressant dabei ist, dass die Medikation laut Vorstellungsgespräch gleichzeitig mit der mangelnden Kooperationsbereitschaft ihres Sohnes in Verbindung gebracht wird. Hier gibt es also eine erhebliche Ambivalenz gegenüber dem Medikament, das einerseits ein Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom reduzieren soll, andererseits aus der Sicht der Mutter zu den sozialen Auffälligkeiten des Sohnes beiträgt. Diese Ambivalenz der Mutter kann als Einstieg für die weitere Analyse dienen.

Im weiteren Verlauf des Vorstellungsgesprächs wird die Schulsituation des Patienten fokussiert. Dabei wird beschrieben, dass bei Denis eine Lese-Rechtschreib-Schwäche festgestellt worden war und gleichzeitig heißt es „er verweigere grundsätzlich Hilfestellungen bei seinen Lernproblemen“. Schon nach der ersten Klasse sei Denis dabei von seiner damaligen Lehrerin als „Sonderschüler“ eingeschätzt worden und „abgestempelt“ worden. Als weiteres Problem in der Schule werden Ausgrenzungsprozesse von den Eltern beschrieben, die zu einem negativen Selbstbild geführt hätten, was u.a. dazu geführt habe, dass sich Denis als „Loser“ bezeichnet. Die Informationen aus dem Vorstellungsgespräch weisen damit auf eine massive, schon mindestens vier Jahre bestehende, fast die gesamte Schullaufbahn umfassende Problematik hin, die einerseits aus Lernschwierigkeiten, andererseits aus sozialen Auffälligkeiten von Denis besteht und für die mindestens zum Teil die frühere Lehrerin von Denis, aber auch Denis selbst (er verweigere Hilfe bei der LRS) verantwortlich gemacht werden. Aufgrund der Tatsache, dass die Medikation und ADHS-Diagnose schon im Grundschulalter erfolgt war, kann darüber hinaus darauf geschlossen werden, dass die schulischen Auffälligkeiten ursächlich mit der Diagnose und auch der Medikation verbunden waren. Hier kommt dann allerdings wieder die Ambivalenz der Mutter ins Spiel, die möglicherweise die Medikation eher widerwillig gegeben hat, da aus ihrer Sicht der Verursachungsort der Problematik des Kindes die Lehrer sind. Weniger ambivalent und unklar scheint Denis in Bezug auf seine Symptome zu sein. So räumt er zumindest ein, Lernschwierigkeiten in der Schule zu haben (Vorgespräch vom 05.01.), leugnet aber alle anderen Auffälligkeiten ab.

Weiteren Aufschluss über das Störungsmodell der Mutter, der Vater war bisher sehr im Hintergrund, obwohl er an den Gesprächen teilgenommen hatte, gibt das Vorgespräch, das zur Vorbereitung der Behandlung einen Monat nach der Vorstellung geführt wurde. Hier wird von der Mutter ihr Misstrauen gegenüber den Beobachtungen der Lehrerinnen konkretisiert und auch in Frage gestellt, in wieweit das Sozialverhalten von Denis tatsächlich so auffällig ist. Vor dem Hintergrund dieses Misstrauens gegenüber den Problembeschreibungen aus der Schule wirkt die langjährige Medikamentengabe, die ja täglich von den Eltern ausgeführt

wird, unverständlich. Neben dem hauptsächlich andere Personen als Verursachungsfaktor fokussierenden Störungsmodell der Mutter wird aber im Vorgespräch ein weiteres Störungsmodell deutlich: „Die Mutter fragt sehr nach möglichen eigenen Anteilen an Denis Problematik und fragt, inwieweit sie etwas in der Erziehung falsch gemacht haben könnte.“ Die Mutter scheint hier also zwischen zwei Verursachungsorten, nämlich sich und anderen Personen, insbesondere den Lehrerinnen, zu oszillieren. Aber auch in diesem Störungsmodell würde die Medikation nicht ursächlich wirken, da sie ja eben nicht bei der Mutter oder bei der Lehrerin, sondern bei Denis ansetzt. Sowohl im Vorstellungsgespräch als auch im Vorgespräch wird dabei die Beobachtung gemacht, dass die Mutter „sehr unter Druck steht“ und sich „kaum zurücknehmen“ kann (Vorstellungsgespräch vom 05.01.). Oder auch, dass die Mutter die „meisten Redeanteile“ hat und häufig in der Wir-Form über Denis spricht und der Vater in der ganzen Situation eher randständig ist (Vorgespräch vom 04.02.). Aus diesen Informationen kann zumindest geschlossen werden, dass die Störungsmodelle der Mutter eine dominante Position in der Familie haben und damit einen erheblichen Einfluss ausüben könnten.

Die Position des Vaters wird im Aufnahmegespräch, wieder einen Monat später, durch die unterschiedliche Akzentuierung der Therapieziele deutlich. Während die Mutter eher Denis Schwierigkeiten, Freundschaften zu Gleichaltrigen aufzubauen, in den Vordergrund stellt, wünscht sich der Vater das Ziel, Respekt vor Erwachsenen zu lernen und Regeln besser einzuhalten und wird dafür prompt von der Mutter massiv kritisiert. Sie äußert, „dass aus ihrer Sicht der Vater ein 200%iger sei“ und es deswegen häufig Eskalationen zwischen Denis und seinem Vater geben würde. Auch hier wird also eine externe Ursachenzuschreibung, diesmal beim Ehemann, von Seiten der Mutter vorgenommen. Eine weitere Variante des Störungsmodells der Mutter drückt sich in folgender Beschreibung im Gesprächsprotokoll aus: „Die Mutter äußert, dass für sie Denis eigentlich nicht sehr auffällig sei“ und etwas später „für sie sei Denis eigentlich so in Ordnung wie er sei“. Dieses Störungsmodell hat dabei eine eigene Komponente, die sich von den übrigen Störungsmodellen darin unterscheidet, dass hier jegliche Probleme abgeleugnet werden, gleichzeitig gibt es aber auch eine Parallele zum Störungsmodell, dass die Lehrer an dem Problem im Sinne einer verzerrten Wahrnehmung Schuld sind, also sie etwas wahrnehmen, was eigentlich gar nicht da war. Vor dem Hintergrund der bisherigen Informationen kann eine erste Fallstrukturhypothese aufgestellt werden:

*Vor dem Hintergrund mehrjähriger, teils massiver Verhaltensauffälligkeiten von Denis im häuslichen und schulischen Rahmen oszilliert die Mutter zwischen externer und interner Ursachenzuschreibung, bei der sie einmal den Lehrerinnen, dem Vater oder dem Medikament*

*und indirekt damit dem behandelnden Arzt die Schuld an dem Problem gibt, dann aber auch wieder die Schuld bei sich selbst sucht. Dieses Suchen von Schuld im Sinne eines Fehlverhaltens könnte dabei eine spezifische Dynamik erzeugen, in der auf Schuldzuweisungen Abwehr von Schuld folgen könnte und damit Konflikteskalationen, die möglicherweise die Symptomatik aufrecht erhalten oder sogar wesentlich mit bedingen. Diese Dynamik unterstützen könnte die Tatsache eines sehr im Hintergrund stehenden Vaters, der wenig seine eigene Perspektive deutlich machen kann und den die Mutter möglicherweise über einen Schulterschluss mit ihrem Sohn („die Mutter äußert ..., dass sie und Denis eine Einheit seien“, Aufnahmegespräch vom 04.03.) aushebelt.*

Im weiteren Behandlungsverlauf zeigt sich ein Verhaltensmuster von Denis, das ebenfalls durch Ambivalenz gekennzeichnet ist. So wird in der Teamsitzung vom 10.03. festgestellt, dass Denis zwar soziale Kontakte suche, also kein in irgendeiner Form autistisches Erlebensmuster zeigt, gleichzeitig aber jegliche Kooperation ablehnt. Auch in der Visite vom 10.03. wird darauf hingewiesen, dass Denis Aufmerksamkeit über Provokation und Ärgern von anderen suche. Bezüglich dieses Verhaltens zeigt er aber keine Änderungsmotivation. Dies ist allerdings auch konsequent in Bezug auf seine eigene Zielsetzung, die er, wie im Aufnahmegespräch vom 04.03. deutlich geworden, auf seine Lernschwierigkeiten fokussiert.

Dieses Muster sozialer Auffälligkeiten in Bezug auf die Peergroup wird auch von der Lehrerin im Telefonat vom 13.03. deutlich. Sie beschreibt, dass Denis wenige Kontakte zu anderen Kindern habe, diese in einer unangemessenen Art gestalte, provoziere, indem er die Leistungen der anderen heruntermache und „auf ihren Schwächen herumhacke“. Von Seiten des Teams wird immer wieder festgestellt, dass Denis sich mit negativen Handlungen in den Mittelpunkt stellt, ein hohes Aggressionspotential aufweist (Teamsitzung vom 26.03.) was in der Einschätzung vom 06.05. kulminiert, dass Denis ein Weltbild habe, in dem Kooperation Schwäche darstellt. Trotzdem die Eltern im Behandlungsverlauf eine Verbesserung der Symptomatik ihres Sohnes festgestellt hatten, so im Konferenztermin vom 21.04., in dem berichtet wurde, dass „Denis Verbesserung seines Verhaltens mit Gleichaltrigen zeige und sich auch Mühe gebe, im Haushalt zu helfen und seine Pflichten zu erledigen“, wirken die Eltern im Gespräch vom 16.06. am Ende der Behandlung hilflos und ideenlos in Bezug auf Veränderungsmöglichkeiten, dies vor allen Dingen vor dem Hintergrund von negativen Berichten aus der Schule. Die Lehrerin hatte in Telefonaten am gleichen Tag berichtet, dass Denis überhaupt keine Verbesserung seines Verhaltens zeigen würde und die Lehrer enttäuscht über das Behandlungsergebnis seien.

Betrachtet man den Behandlungsverlauf bis dahin, so gibt es einerseits eine schon in den ersten Gesprächen deutlich gewordene Oszillation zwischen Fremd- und Selbstzuweisung von Schuld bei der Mutter, die z.B. Schwierigkeiten von Denis mit seinen Mitpatienten damit erklärt, dass er auf Ungerechtigkeiten sensibel reagiere und die Lehrerinnen Denis einseitig beschuldigen würden (Telefonat vom 25.03.). So äußert die Mutter aber auch, dass Denis „so viele Dinge von ihr habe, auch so viele Probleme“. Auch an anderer Stelle zeigt sich diese Oszillation, z.B. im Familiengespräch vom 26.03., wo Denis' Wunsch, ein berühmter Boxer zu werden, von der Mutter damit erklärt wird, dass sie früher „sehr reich gewesen sei, da ihr Vater erfolgreich gewesen sei und Denis nun an ihre Familiengeschichte anknüpfen wolle“. An anderer Stelle (Elterngespräch vom 06.05.) beschreibt die Mutter, dass Denis wenig Kooperation zeigen würde, da er sich ähnlich wie sein Großvater verhalte, der auch Regeln ablehnt habe.

Neben dieser Oszillation zeichnet sich allerdings auch eine Paarkonfliktebene ab, die sich durch den gesamten Behandlungsverlauf hindurch zieht. Immerhin wird die einzige Problemverbesserung, also der einzige positive Effekt der Behandlung, von Denis ins Feld geführt, der im Einzelgespräch vom 25.05. beschreibt, dass er zwar keine Lust habe, sich nach der Schule mit seinen Schulfreunden zu verabreden, dass aber „die Eltern sich jetzt weniger streiten würden“ und dass das „gut an der Behandlung“ sei. Dies steht allerdings im Gegensatz zu der Beschreibung der Mutter vom 29.04., in der sie äußert, dass die Konflikte zwischen ihr und ihrem Mann keine Rolle bei positiven Veränderungen von Denis spielen würden.

Auch hier gibt es allerdings auch wieder eine gegenteilige Aussage entsprechend der Oszillationshypothese, die besagt, dass Denis Verlustängste haben würde, da die Eltern sich streiten würden. Die Konfliktebene der Eltern wird z.B. in der Familienanamnese vom 17.03. deutlich, in der die Mutter dem Vater die Schuld an den Problemen von Denis gibt, da er seine Schulleistungen immer wieder kritisieren würde und ihn zu wenig loben würde. Ein anderes Beispiel für den Konflikt auf der Paarebene, der in gegenseitigen Schuldzuweisungen besteht, ist im Familiengespräch vom 14.05. zu finden. Dort hatte die Mutter beschrieben, dass aus ihrer Sicht Denis Anforderungen in der Schule verweigern würde, da der Vater ein ähnliches Verhaltensmuster an den Tag lege und z.B. bei Anforderungen „sehr schnell motzen“ würde. Die Mutter konkretisiert dieses Störungsmodell, indem sie beschreibt, dass Denis möglicherweise eine Seite vom Vater ausleben würde, die er sich nicht getraut habe auszuleben, da er immer „zu 100%“ zu Hause habe funktionieren müssen. Der Vater beantwortet diesen Vorwurf der Mutter mit einer Gegenthese, die besagt, dass Denis sich verweigere, da

die Mutter ebenfalls allen möglichen Dingen aus dem Weg gehen würde, die unangenehm seien. Als Beispiel gibt er an, dass sie vermeiden würde, Texte zu verfassen oder auch E-Mails zu schreiben, da sie Schwierigkeiten mit dem schriftsprachlichen Deutsch habe. Dabei gibt er der Mutter die Schuld an den Schulproblemen von Denis.

Die vom therapeutischen Team geäußerten Störungsmodelle fokussieren u.a. auch auf die Paarproblematik, so z.B. in der Teamsitzung vom 26.03., in der die Hypothese aufgestellt wurde, dass Denis in dem Konflikt der Eltern funktionalisiert wird oder auch in der Supervision vom 14.04., in der eine Paarproblematik angenommen wurde. Obwohl es Angebote an die Eltern gegeben hatte, eben an dieser Paarproblematik, die immer wieder in den Elterngesprächen auftauchte, zu arbeiten, wurde dieser Vorschlag nicht so recht angenommen. Ein weiterer Aspekt, der ebenfalls mit der angenommenen Paarproblematik in Verbindung steht und in dem Störungsmodell des therapeutischen Teams eine Rolle gespielt hatte, waren die unterschiedlichen Erziehungshaltungen der Eltern (Familiengespräch vom 14.05., Elterngespräch vom 07.04.), die mit der Tendenz der Eltern, die Förderung ihres Sohnes Institutionen zu überlassen und wenig die eigene Verantwortung zu sehen, zusammenhingen.

Ein wirklicher Dialog über die unterschiedlichen Störungsmodelle kam allerdings mit den Eltern trotz hochfrequenter Elternkontakte nicht zustande. Es ergab sich dabei insgesamt der Eindruck einer flachen Dramaturgie des Behandlungsverlaufes, was den Dialog des Teams mit den Eltern angeht, in dem es wenig Konflikte gab, wenig klare Positionierungen dem Team gegenüber, was möglicherweise dem Paarkonflikt anzulasten war, der die Eltern sehr viel Kraft kostete.

Im letzten Drittel der Behandlung wurde ein verhaltenstherapeutisches Token-Programm installiert, bei dem die Eltern wenig mitarbeiteten. Sie verschleppten Aufgaben, so dass der Beginn des Programms um eine Woche verschoben werden musste, ohne jedoch Zweifel an der Intervention offen zu machen. Auch hier zeigte sich, allerdings nicht explizit, jedoch über das Verhalten der Mutter, eine hohe Ambivalenz bezüglich der therapeutischen Intervention, die sich auch bei der Medikation gezeigt hatte.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegung kann die Fallstrukturhypothese folgendermaßen konkretisiert werden:

Das Oszillieren der Mutter zwischen Fremd- und Selbstbezüglichungen, was die Schuld an der Symptomatik ihres Kindes betrifft, ist eingebunden in eine instabile Beziehung, die ebenfalls zwischen Nähe und Distanz schwankt. Die Erfahrung mit diesem Elternkonflikt hat Denis auf seine Peergroup übertragen, in dem er zwischen Aggression, Verweigerung und

dem Wunsch nach einem positiven sozialen Miteinander schwankt. Die von Denis gezeigte Aggression gegenüber seiner Peergroup aber auch gegenüber Erwachsenen könnte darüber hinaus eine sinnvolle Strategie darstellen, seine Identität vor dem Hintergrund einer exklusiven Zweierebene betonenden Mutter aufrecht zu erhalten.

#### **4.3.6.1 Hypothesen zur Rolle von Störungsmodellen in Fall 6**

Im Gegensatz zu den bisherigen Fällen gibt es im vorliegenden Fall einen eher dahinplätschernden Verlauf ohne wesentliche Höhen und Tiefen, in dem anders als in den bisherigen Fällen eine Konfliktebene zwischen Eltern und Team überhaupt nicht präsent ist. Es gibt keine wirkliche Auseinandersetzung zwischen unterschiedlichen Störungsmodellen, sondern eher ein in der Person der Mutter liegendes Oszillieren zwischen Fremd- und Selbstschuldzuweisung. Der Vater, der zwar körperlich präsent ist, sich aber zumindest in den Gesprächen der stärkeren Realität der Mutter beugt und sich kaum beteiligt, hat möglicherweise versucht, die immer wieder aufbrechende Konfliktebene zu seiner Frau in der Behandlung möglichst zu verdecken bzw. hat dies in anderen Zusammenhängen ausagiert. Eine solche Dynamik könnte dazu beitragen, dass letztendlich keine neuen Verhaltensmuster exploriert werden und die Familie bei ihrer suboptimalen Kommunikationsstruktur bleibt. Hinzu kommt eine unterschiedliche Zielstruktur, in der der Patient, sowie Vater und Mutter die Betonung auf ganz unterschiedliche Lebensbereiche legen. Ein basaler Unterschied in den Therapiezielen, implizit oder explizit, könnte dabei ein Hindernis für Veränderungen sein. Da ja der subjektive Erfolg nicht von den anderen Familienmitgliedern geteilt wird, dürften Kreisläufe mit positivem Feedback zu wenig in Gang kommen, um neue Verhaltensmuster bzw. Interaktionen zu etablieren.

Eine starke konflikthafte Paardynamik, die von den Eltern im Therapieverlauf nicht bearbeitet wird, die sie versuchen zu verbergen, könnte letztendlich an den Bedürfnissen des Patienten vorbeigehen und damit die Wahrscheinlichkeit für eine Symptomreduktion bzw. für nützlichere Interaktionen innerhalb der Familie verringern. In dem vorliegenden Fall war immerhin die einzige positive Veränderung, die der Patient der Therapie zuschrieb, dass sich die Eltern weniger streiten. Hier wird die Wichtigkeit der Konfliktebene zwischen den Eltern für den Patienten deutlich. Die Mutter hingegen bagatellierte diese Konfliktebene.



Darüber hinaus findet sich im vorliegenden Fall eine ähnliche Struktur wie im Fall 4, in dem die Verantwortung für das Problem, weswegen Hilfe gesucht wird, einer Außenfeindin zugeschrieben wird. In dem vorliegenden Fall sind dieser Außenfeind die Schule und andere Institutionen, die den Patienten betreuen.

#### **4.4 Diskussion der Voruntersuchung**

Bei der Analyse der sechs Behandlungsfälle haben sich Hinweise verdichtet, dass nicht so sehr die Inhalte der Störungsmodelle, also die konkreten Erklärungsmuster, sondern vielmehr die Passung der Modelle zueinander eine Rolle spielen könnte. So war dies zum Beispiel im Fall „Melanie“ zu sehen, wo ein zumindest aus professioneller Sicht absurdes Modell, dass nämlich die Symptomatik nur gespielt gewesen sei, zu einer guten Kooperation zwischen den Beteiligten und einer Passung der jeweiligen Störungsmodelle geführt hatte. Auch im Fall von Mike zeigte sich eine solche Passung, allerdings auf einem ganz anderen Wege, nämlich indem das Modell von Mike, Opfer zu sein und das Modell der Eltern, dass er Täter ist, was seine sozialen Auffälligkeiten angeht, auf eine gemeinsame Ursache zurückgeführt wurde. Diese war das Erleben von Ungerechtigkeiten, das alle Familienmitglieder miteinander teilten. Diese Passung ermöglichte einen konstruktiveren Kommunikationsprozess, der auch zu einer Symptomreduktion beitrug.

Wichtig dabei ist allerdings, sich vor Augen zu führen, dass hier nicht die Hypothese aufgestellt wird, dass Symptome primär einer Kommunikation dienen. Sie gewinnen aber eine kommunikative Bedeutung, bzw. die kommunikative Bedeutung lässt sich nicht verhindern. Dabei kann die inhärente Tendenz, Symptome verstehen zu wollen, bei allen Beteiligten einerseits zur Aufrechterhaltung beitragen, andererseits aber auch im Verlauf eines therapeutischen Kommunikationsprozesses zu deren Verschwinden beitragen. Möglicherweise ist dies wie oben angeführt eher die Regel, was darauf hindeuten würde, dass ein Teil der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung die Normalisierung von Kommunikationsprozessen beinhaltet, die letztendlich auch zu einer Reduktion der Symptomatik oder auch zu einer Normalisierung des Verhaltens im weitesten Sinne beitragen kann.

##### **4.4.1 Inhalt vs. Passung**

Warum erscheint aber die Passung der Störungsmodelle in der Voruntersuchung wichtiger als ihr Inhalt? Eine Annäherung an diese Frage kann über die Untersuchung der Auswirkung der Störungsmodelle der Beteiligten auf die Patientin erfolgen. Wenn ein Symptomver-

halten eines Kindes oder Jugendlichen eine einheitliche Bedeutung bekommt, was ja durch eine Passung der Störungsmodelle geschieht, kann auch von Seiten der Beteiligten einheitlich reagiert werden. Damit hätte der Patient das Gefühl, dass sein Handeln einen Sinn hat bzw. einen Sinn bekommt und von allen Beteiligten ernst genommen wird, was an sich einen konstruktiven Kommunikationsprozess darstellt. In diesem Zusammenhang könnten auch Untersuchungen zur existentiellen Attribution von Interesse sein. Mit existentieller im Gegensatz zu kausaler Attribution ist die Suche nach einem übergeordnetem Sinn oder Zweck eines als bedrohlich erlebten Ereignisses gemeint. So ergab beispielsweise eine Untersuchung mit HIV infizierten Menschen, dass diese mehr existentielle Attributionen äußern als Menschen, die nicht einem bedrohlichen Ereignis ausgesetzt sind (Rudolph & Steins, 1998). Auch die psychische Erkrankung eines Jugendlichen dürfte als ein bedrohliches Ereignis gelten und könnte damit in stärkerem Ausmaß existentielle Attributionen auslösen. Obwohl im kinder- und jugendpsychiatrischen Dialog immer wieder gefragt wird, wozu das Symptom gut ist, tauchen aber existentielle Attributionen im Sinne einer übergeordneten Sinnfrage in den Therapieprotokollen kaum auf. Allerdings hat die zukunftsgerichtete Frage, was das Kind oder der Jugendliche erreichen will, bzw. worauf es aufmerksam machen will, mehr von einer existentiellen als von einer kausalen Attribution. Da existentielle Attributionen nachweislich Schuldgefühle reduzieren, könnte eine Passung von solchen Störungsmodellen relevant für einen konstruktiven Dialog in der Kinder- u. Jugendpsychiatrie sein.

Dabei könnte das Problemverhalten unterschiedlichste Ursachen haben und Teil verschiedener Regelkreisläufe und Interaktionsprozesse sein, so dass eigentlich immer mehrere Erklärungen passen würden. Das Symptomverhalten könnte also damit überdeterminiert sein und dementsprechend offen für diverse Störungsmodelle. Diese Sichtweise findet sich auch in der einschlägigen Therapieliteratur. Allein ein Blick auf das ICD-10 (Dilling, Schulte-Markwort & World Health Organization, 2014) der Weltgesundheitsorganisation weist in diese Richtung. Hier werden diverse Symptome zu unterschiedlichen Störungen im Sinne einer Prototypenklassifikation zugeordnet (Fiedler, 2003). Dies ist zwar nicht für alle Symptome gleich stark der Fall, prinzipiell gibt es aber keine Spezifität eines Symptoms mit einer ganz bestimmten Genese oder auch Erkrankung. Das abweichende Verhalten wäre so besonders offen für ein gemeinsames Aushandeln von Sinn. Im Fall der existentiellen Attribution wird die Offenheit der Interpretation und damit die Unabhängigkeit von einer an äußeren Kriterien orientierten Wahrheit noch deutlicher. Der Autor eines solchen Störungsmodells wäre

nämlich hier nicht so sehr ein naiver Wissenschaftler, sondern viel mehr ein naiver Philosoph (Rudolph & Steins, 1998).

Ein Beispiel für einen Aushandlungsprozess, der in dem Dialog über Störungsmodelle in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung, so wie er in den Therapieprotokollen deutlich wird, permanent geschieht, ist im Fall von Melanie zu finden. Bei Melanie war das Ergebnis des Aushandlungsprozesses, dass ihre Schwierigkeiten auf eine soziale Angst (Elterngespräch 19.05., 12.06.) zurückgehen, die sie aber nur gespielt habe. Hier ist der Prozess der Aushandlung gut sichtbar und hat im Ergebnis ein Störungsmodell hervorgebracht, mit dem alle Beteiligten gut leben können. Wird also die Botschaft des Jugendlichen verstanden, oder besser gesagt, glauben die Beteiligten die Botschaft verstanden zu haben und können den Jugendlichen davon überzeugen, dass sie die Botschaft verstanden haben, könnte ein positiver, konstruktiverer Kommunikationsprozess in Gang kommen.

Bei Fabian war die Passung der Störungsmodelle von Mutter, Team und ihm selbst gering. Die dabei zu vermutende Dissonanz könnte durch die beobachtete Polarisierung (Elterngespräch am 8.09.) abgemildert worden sein, in dem sich jede der Parteien soziale Unterstützung für ihre Sicht gesichert hat (Frey & Gaska, 1993). Eine andere Variante von Störungsmodellrelationen ist die Oszillation zwischen verschiedenen Störungsmodellen bei einer Person. Dies war z. B. bei der Mutter von Denis der Fall, die zwischen den Störungsmodellen einer externalen Verursachung und einer auf sich bezogenen internalen Verursachung hin und her schwankte (Vorgespräch am 4.02.). Aber auch die Randständigkeit eines Teilnehmers an den Interaktionen, wie dies beim Vater von Denis phasenweise der Fall war (Elterngespräch am 13.05., 16.06.), kann als eine Variante einer spezifischen Relation der Störungsmodelle angesehen werden, die überwiegend von einem Elternteil, hier der Mutter bestimmt werden.

#### **4.4.2 Effekte von Störungsmodellen**

Wie wirken sich unterschiedliche Störungsmodelle auf Kinder und Jugendliche aus? Eine Besonderheit der asymmetrischen Beziehung zwischen Kindern bzw. Jugendlichen und Eltern stellt die Tatsache der Bindung (Bowlby, 2006) sowie das Gefühl der Loyalität als Wirkung dieser Bindung auf Seiten der Betroffenen dar. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, warum sich Störungsmodelle von Eltern in der Kommunikation mit den Kindern und Jugendlichen möglicherweise relativ stark, also auch die Symptomatik formend auswirken. Nun führen parallel existente unterschiedliche Störungsmodelle bei verschiedenen Personen, die Teil des therapeutischen Systems sind, zu unterschiedlichen Reaktionen auf das Verhalten

des Kindes oder des Jugendlichen. Diese Reaktionen dürften zum Teil aus einer Hilfsmotivation heraus passieren und können damit Korrekturversuche des abweichenden Verhaltens darstellen. Teil der asymmetrischen Eltern-Kind-Beziehung ist darüber hinaus, dass die Erwachsenen, die mit dem Kind oder Jugendlichen umgehen, moralische oder auch gesetzliche Aufträge haben, es oder ihn zu unterstützen. Die Eltern haben dabei den gesetzlich verankerten Erziehungsauftrag, die Schule den im Curriculum verankerten Auftrag, u. a. soziales Lernen zu ermöglichen und die Therapeuten den Therapieauftrag. Sie alle sind dazu aufgefordert, bei Problemverhaltensweisen von Jugendlichen, in ganz bestimmter Weise tätig zu werden. Bei Andreas reagierte die Mutter mit exklusiver Nähe und dem Ausschluss des Vaters, dem sie die Schuld für die Symptomatik ihres Kindes gab (Vorstellungsgespräch am 5.01.). Der Vater hingegen reagierte mit exklusiver Nähe und Ausschluss der Mutter, was er über das exzessive Computerspielen mit seinem Sohn erreichte, machte dabei allerdings sein Störungsmodell nicht explizit (Vorgespräch am 16.02.). Betrachtet man diese unterschiedlichen, möglicherweise auch gleichzeitig vorhandenen Reaktionen, die Andreas als Verhaltenskontingenz erlebt hat, ist es wahrscheinlich nicht übertrieben, eine gewisse Verwirrung bei Andreas anzunehmen, der damit nicht zu einer einheitlichen Verhaltenssteuerung durch Lernprozesse bzw. auch durch operantes Konditionieren gekommen sein dürfte.

Bei Denis dürfte die Situation noch komplizierter sein. Er war nicht nur mit unterschiedlichen Haltungen von unterschiedlichen Personen konfrontiert, sondern erlebte das Oszillieren von Störungsmodellen in einer Person, nämlich bei seiner Mutter. Für ihn entstand also eine Situation, in der die Mutter einmal sein Verhalten entschuldigt, indem sie sich oder dem Vater die Schuld gab, ein anderes Mal die Erkrankung bei ihm selber sah (Elterngespräch am 23.03., Telefonat am 25.03.). Auf der Basis dieser verwirrenden Kontingenzerfahrung erscheint die Störung von Denis, die ja auch eine Form von organisiertem Verhalten darstellt, als eine Leistung. Zu diesem Aspekt des Problems hat die Systemtheorie einen Beitrag geleistet, in dem sie sogenannte Ordnerstrukturen als Mittel der Reduktion von Komplexität nachgewiesen hat (Strunk & Schiepek, 2006). Das heißt, in diesem Fall könnte die Symptomatik in einer durch unterschiedliche Störungsmodelle und damit verbundener hoher Komplexität gekennzeichneten Situation, zu einer Reduktion von Komplexität für den Jugendlichen und damit zu einer leichteren Verhaltenssteuerung beitragen.

Auch ein im Laufe der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung entwickeltes gemeinsames Störungsmodell dürfte eine solche Reduktion von Komplexität ermöglichen und möglicherweise Freiräume für neue flexiblere Verhaltensweisen öffnen. Dies ist bei Melanie

zu sehen, bei der die Installierung eines neutraleren, für die Eltern weniger schuldinduzierenden Erklärungsmodells, nämlich dem der sozialen Angst, zu einer Entlastung und Reduktion von Komplexität der Gesamtsituation beigetragen hat, auch wenn Melanie dieses Modell dahingehend abwandelte, dass die Symptomatik von ihr nur gespielt sei. Melanie konnte dadurch möglicherweise leichter ihre Symptomatik reduzieren und dann auch wieder regelmäßiger die Schule besuchen. Ein weiterer Aspekt dieser Überlegung ist, dass durch ein kooperatives Erklärungsmodell soziale Unterstützung ermöglicht wird, die dem Jugendlichen helfen kann, sein Verhalten zu normalisieren.

#### **4.4.3 Unterschiedliche Wahrnehmungen**

Ein besonderer Aspekt, der bei der Analyse der Störungsmodelle in den sechs Therapieprotokollen auffällt, ist die unterschiedliche Wahrnehmung von Symptomen bei den Beteiligten. Dies war besonders bei Denis der Fall, der bei sich selber kaum ein Problem erlebte (Einzeltherapie am 9.03.), wohl aber auf Seiten der Eltern, die er häufig im Streit sah (Einzeltherapie am 25.05.). Passend dazu erklärte er unter anderem, auf die Effekte der Behandlung angesprochen, dass sich seine Eltern nun weniger streiten würden. Der Vater hingegen sah eher häusliche Regelverletzungen als einen wichtigen Punkt, bei der Mutter war die Problemsicht, wie schon erwähnt, fluktuierend. Das heißt, nicht nur unterschiedliche Sinnzuweisungen, sondern fundamental unterschiedliche Wahrnehmung bzw. Nichtwahrnehmung von Symptomen können im Fall Denis beschrieben werden. Im Fall von Fabian gab es eine erhebliche Diskrepanz der Störungsmodelle von Mutter und therapeutischem Team, in der das Team Fabian als Aggressor (Elterngespräch 18.08.) und die Mutter ihn als Opfer sah (Vorstellungsgespräch 3.06.). Diese Diskrepanz ist möglicherweise auch Ergebnis unterschiedlicher Wahrnehmungen, die aus der unterschiedlichen Verfügbarkeit von Informationen resultieren. Gruppenprozesse während der Behandlung sind durch das therapeutische Team leichter zu beobachten, als durch die Eltern.

Eine interessante Frage in diesem Zusammenhang ist, inwieweit die von den Beteiligten konstruierten Störungsmodelle auch eine Rückwirkung auf die Wahrnehmung der Schwierigkeiten haben. Ob und wie dies genau geschieht, konnte aber in der Voruntersuchung nicht geklärt werden.

#### **4.4.4 Fortsetzung familiärer Konfliktstrukturen in den Störungsmodellen**

Eine weitere Frage ist, inwieweit sich im Konflikt um die Erklärung der Symptome nicht eine familiäre Konfliktstruktur wiederholt, in die dann auch das therapeutische Team

mit eingebunden wird. Bei Chantal entstand dieser Eindruck, da die Heimerzieher die familiäre Konfliktlinie gegenseitiger Schuldzuweisungen jetzt zwischen ihnen und den Eltern, früher zwischen den Eltern, fortsetzten. Nicht zusammenpassende Störungsmodelle können einer Konfliktkontinuität dienen, in der auch Aspekte von Familienloyalitäten eine Rolle spielen könnten. Bei Melanie reflektierte der Verlauf der Störungsmodelle familiäre Konfliktstrukturen. Der Vater beschuldigte mit seinem Störungsmodell die Mutter (Aufnahmegespräch am 21.04.) und die Mutter fokussierte auf die Rolle des Ehekonfliktes (Elterngespräch am 2.06.). Auch bei Fabian setzten sich familiäre Konflikte in der Ursachenzuschreibung für das Problemverhalten fort. Die Opfer / Täter-Dichotomie, die in den Äußerungen der Mutter, was Fabians Probleme angeht, immer wieder aufscheint, setzt einen familiären Konflikt zwischen den Eltern fort, in dem die Mutter sich als Opfer sieht (Elterngespräch 18.08.). Solche Konfliktkontinuitäten können aber auch als eingeübte, die Komplexität der Interaktion reduzierende Verhaltensweisen angesehen werden, und damit auch als Ordnerstrukturen konzeptualisiert werden (Strunk & Schiepek, 2006). So könnte es sein, dass die Lösung dieses als prototypisch erlebten Konflikts möglicherweise eine Rückwirkung auf die gesamte Konfliktstruktur innerhalb der Familie und die Art des Umgangs mit Konflikten hat. Solch ein unterschiedlicher Umgang mit Konflikten und dessen Auswirkung auf das Entwickeln von Störungsbildern wird bei Simon (1995) umfassend beschrieben und in ein theoretisches Modell eingearbeitet.

#### **4.4.5 Offene vs. verdeckte Kommunikation**

Eine weitere Besonderheit ist die Frage, inwieweit Störungsmodelle offen oder verdeckt oder gar nicht kommuniziert werden, oder aber nur in den Handlungen der Beteiligten deutlich werden, also indirekt erschlossen werden müssen.

Dieser Aspekt könnte weitreichende Folgen für eine Kooperation der Beteiligten haben und dürfte die Entwicklung eines gemeinsamen Störungsmodells erheblich erschweren, da nicht wirklich eine offene Kommunikation über dieses Störungsmodell stattfinden kann. Bei Chantal wird ein verdeckter Kommunikationsstil in der Tatsache deutlich, dass die Heimerzieher die mangelnde Regeleinhaltung von Chantal mit Abgrenzungsproblemen gegenüber den Eltern erklärten, dies aber nicht gegenüber den Eltern ausdrückten (Aufnahmegespräch am 24.03.). Ein weiterer Hinweis auf die Rolle verdeckter Konflikte ist im Fall von Mike zu sehen, wo es einerseits eine breite Front in der Familie gab, Mike als Täter und Aggressor darzustellen, allerdings auch unterschiedliche Erziehungshaltungen bei den Eltern zu

beobachten waren (Vorgespräche). An dieser Stelle drückt sich in den Störungsmodellen eine familiäre Konfliktlinie aus, die aber auch brüchig erscheint.

Auch dieser Aspekt konnte in der Voruntersuchung nur angerissen werden und müsste in einer umfassenderen Untersuchung erforscht werden. Welcher Art aber die Prozesse sind, die die Auswirkung der Störungsmodelle auf den Kommunikationsprozess und auch auf das Verhalten der Beteiligten, insbesondere auf das abweichende Verhalten des Jugendlichen moderieren, kann auf der Basis der Voruntersuchung ebenfalls nicht erklärt, sondern nur vermutet werden. Generell kann aber gesagt werden, dass es um den Umgang mit Widersprüchlichkeit oder auch Ambiguität in der Kommunikation geht und dass auch der Ort der Verursachung, so wie in einem Störungsmodell angenommen, eine wichtige Rolle spielt und von den Beteiligten als Beschuldigung erlebt werden kann.

#### **4.4.6 Autonomie**

Auch die Frage der Autonomie des beteiligten Kindes oder Jugendlichen und speziell Fragen der Reaktanz könnten eine wichtige Rolle bei den vermittelnden Prozessen in der Auswirkung von Störungsmodellen auf die Kommunikation spielen. Die Haltung von Melanie, dass sie ihre Symptomatik nur gespielt hat, womit sie sich gegen ihre Eltern stellt, die der therapeutischen These einer sozialen Angst und Vermeidung folgen, kann hier als ein solcher Autonomieprozess verstanden werden, was auch seine positive Auswirkung auf den Therapieverlauf erklären würde.

## 5 Entwicklung der Fragestellung zur Hauptuntersuchung

Die schon im Rahmen der Voruntersuchung entwickelte Idee eines heuristischen Rahmenmodells stellt auch für die Hauptuntersuchung den Orientierungsrahmen dar. In dieses Modell fließen auch systemtheoretische Überlegungen der doppelten Kontingenz ein (Luhmann, 1984), die von einer gewissen Unwägbarkeit von Kommunikationsprozessen ausgeht.

Dieses Modell geht von einem Regelkreis aus, in dem ein Symptom eines Kindes oder Jugendlichen (z.B. Angst vor einer Klassenarbeit) von einer für dieses Kind Verantwortung tragenden Person (asymmetrische Beziehung) wahrgenommen wird und auf deren Seite Suchprozesse auslöst, in denen die Person versucht, dem Verhalten Sinn zuzuweisen und entsprechend ihres Verständnisses mit Korrekturprozessen reagiert. Eltern tendieren zu deutlich mehr Attributionen für negatives Verhalten ihrer Kinder als für positives, was für eine verstärkte Ursachensuche beim Eintreten oder der Antizipation negativer Ereignisse spricht (Corcoran & Ivery, 2004). Im Rahmen von Attributionstheorien (Heider, 1944; Kelley, 1967) wird davon ausgegangen, dass Menschen bestrebt sind, sich ein genaues Bild von den Ursachen und Hintergründen der von ihnen erlebten, besonders negativen, Ereignisse zu machen.

Dabei wird in dem vorliegenden heuristischen Modell nicht von einem Kommunikationsbegriff ausgegangen, in dem nur intendierte Äußerungen inbegriffen sind. Als wesentlich für die Beurteilung von Kommunikationen wird das gesehen, was vom Empfänger verstanden wird, weil dies die Anschlussmöglichkeiten an die Botschaft bestimmt. Dieser Kommunikationsbegriff ist kennzeichnend für die soziologische Systemtheorie (Vogd, 2005).

Aus dem so gebildeten Kausalmodell, also Störungsmodell des Erwachsenen resultiert nun ein bestimmtes Verhalten. Forschungen zum „Expressed Emotions Konzept“ (Barrowclough et al. 1994) haben z. B. gezeigt, wie sich geäußerte Emotionalität auf eine psychische Erkrankung des Gegenübers auswirkt. Das Verhalten der Erwachsenen führt nun auf Seiten des Kindes ebenfalls zu einem Entschlüsselungsprozess, mit dem das Kind versucht, das Korrekturverhalten seiner Bezugsperson zu verstehen (z.B. „Meine Eltern schonen mich, also glauben sie, ich habe ein Angstproblem“) und dann darauf entsprechend zu reagieren, was dann in der Folge zu einer Feedbackschleife führt. Damit können sich symptombezogene Prozesse einerseits verstärken, andererseits abschwächen. Auch gegenseitige Erwartungen dürften hier eine Rolle spielen und z. B. das Verhalten im Sinne einer sich selbst erfüllender Prophezeiung beeinflussen (z. B. Snyder & Haugen, 1994, 1995). Das auch Therapeutinnen mög-



licherweise von solchen urteilsverzerrenden Effekten, die sich auf ihre Störungsmodelle auswirken können, nicht frei sind, zeigt die Untersuchung von Fischer & Greitemeyer (2010), die fanden, dass die Motivation, besonders objektive Entscheidungen zu treffen, auch einen paradoxen Effekt haben kann.

Allerdings können Erkrankungen wie z.B. ADHS<sup>12</sup> auch eine Rückwirkung auf Attributionsmuster von Kindern haben (Andrade et al., 2012). Annahmen zu den Auswirkungen einer solchen Ursachensuche machen die attributionalen Theorien. Hier hat Weiner (2006) gezeigt, dass Ursachenzuschreibungen relevant für die Beurteilung sind, ob eine Person Hilfe bedarf. Die würde vor allem die Art und Weise der Korrekturprozesse in dem angenommenen heuristischen Modell betreffen. Die Art der Ursachensuche kann aber wiederum auch Auswirkungen auf die Symptomatik haben (Chan, 2012). Aber auch Charakteristika der involvierten Personen, z.B. eine eigene Psychopathologie der Eltern haben spezifische Auswirkungen auf den Prozess der Ursachensuche (White & Barrowclough, 1998). Dabei dürften natürlich auch generelle Lernmechanismen (klassische und operante Konditionierung, Modelllernen) eine Rolle spielen. So wäre es denkbar, dass Eltern, geleitet durch ein Störungsmodell, unwillentlich die von ihnen wahrgenommene ängstliche Tendenz ihres Kindes durch eine Schonhaltung negativ verstärken.

Die geäußerten Störungsmodelle beleuchten nun den Sinnkonstruktionsprozess auf Seiten der Eltern und Kinder, im Fall der Behandlung dann auch auf Seiten der Therapeuten. An dieser Stelle des Kommunikationsprozesses, der ein kooperativ geteilter ist und nicht mit Blick auf den Fall als Person allein verstanden werden kann, soll in der Hauptuntersuchung ein Vergrößerungsglas angehalten werden und eine differenzierte Analyse vorgenommen werden.

Viele Untersuchungen beschäftigen sich mit der Auswirkung spezifischer Attributionen. Dabei kommt dem Ort der Kontrolle (internal / external) eine wichtige Bedeutung zu (Fincham & Bradbury, 1993). Auch die Theorie der Hilflosigkeit und Depression (Abramson et al., 1978, zit. nach Abramson et al., 1989) beschäftigt sich mit den Auswirkungen von Attributionen, hier auf das Hoffnungslosigkeitserleben.

Es sollen in der Hauptuntersuchung deduktiv sozialpsychologische Kategorien an die Kommunikationsmuster angelegt werden, um die beschriebenen Fragen vor dem Hintergrund sozialpsychologischer Theorien zu beantworten. Über einen sukzessiven Fallvergleich (Hildenbrand, 2005) soll die Analyse voranschreiten. Dabei ist eine Fragestellung, die an die Da-

---

<sup>12</sup> Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom

ten angelegt wird auch, welche der sozialpsychologischen Theorien sich für eine fruchtbare Analyse vor dem Hintergrund der Fragestellung eignet, um eine Typenbildung auf einem mittleren Generalisierungsniveau vornehmen zu können. Damit soll auch die Analyse stärker in der sozialpsychologischen Grundlagenforschung verankert werden, als es in manchen Untersuchungen zu Krankheitsvorstellungen oder Störungsmodellen der Fall ist (z. B. Furnham & Anthony, 2010).

Die in der Voruntersuchung gewonnene Hypothese der Passung, für die es einige Belege gibt, bedeutet verallgemeinert, dass es in den Interaktionen, im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung für jeden Fall getrennt, ein Muster von störungsmodellrelevanten Äußerungen gibt, das den Kommunikationsprozess strukturiert. Es kann dabei davon ausgegangen werden, dass die verschiedenen Akteure, insbesondere die Eltern, hochmotiviert sind, Vergleiche zwischen ihren Störungsmodellen und denen der übrigen Teilnehmerinnen an der Therapie anzustellen. Dies ist eine der Vorhersagen der Theorie sozialer Vergleichsprozesse (Frey et al., 1993).

Hinweise, dass die Analyse von Attributionsmustern in einem Therapieverlauf sinnvoll sein könnte, gibt es in der Attributionsforschung (Corcoran & Ivery, 2004). Es würde an der Spezifität der behandelten Symptomatiken vorbeigehen, zu behaupten, dass es sich unabhängig von Problem und Person immer um dasselbe Muster handeln würde (z.B. Eltern betonen schlechte schulische Bedingungen als Grund für das Problem, Lehrerinnen hingegen Versagen in der Erziehung). Es ist plausibler, von spezifischen Mustern auszugehen, die nach bestimmten, noch unbekannten Kriterien zur Anwendung kommen. Dazu muss aber zunächst auch geklärt werden, nach welchen Kriterien die Störungsmodelle beschrieben werden können, um nicht zu spezielle Beschreibungen zu erhalten, die auf der spezifischen Fallebene haften (reine inhaltliche Beschreibung), aber auch um nicht zu allgemeine Beschreibungsdimensionen zu verwenden, die die Erkennung von Mustern unmöglich machen (z. B. Taxonomie der Störungsmodelle anhand ihrer Fokussierung auf ein Symptom). Dies ist ein explizites Ziel der Hauptuntersuchung.

Ein einfaches Muster könnte z.B. sein, dass die Störungsmodelle anhand der Person, die sie äußert, differenziert werden können. Dies ist dann der Fall, wenn z. B. das therapeutische Team immer dasselbe, oder ein hinsichtlich bestimmter Merkmale, die noch spezifiziert werden müssen, ähnliches Störungsmodell äußert. Eine weitere Frage bezüglich der Musterbildung ist, ob die Störungsmodelle eher anhand der Fälle zu unterscheiden sind. Gibt es also ein dominantes Störungsmodell, oder ein Störungsmodelltypus, der die Fälle beschreibt? Eine

mögliche Hypothese ist aber auch, dass die Störungsmodelle überhaupt keine Muster aufweisen, weil die Interaktionen zwischen den Störungsmodellen der Beteiligten zu komplex sind, um ein solches Muster entstehen zu lassen. In diesem Sinn hat auch die Hauptuntersuchung einen explorativen Charakter. Obwohl die Art des Musters nicht vorhergesagt werden kann, wird aber von der Hypothese ausgegangen, dass es ein Muster gibt, anhand dessen sich die Daten ordnen lassen. Diese Hypothese basiert auch auf systemtheoretischen Überlegungen zur Rolle von Ordnerstrukturen, anhand derer die Komplexität in Systemen (auch Kommunikationssystemen) reduziert werden kann (Tschacher, 1997). Dabei interessiert vor allem der Weg dahin, also die Frage nach dem *Wie* der Bewältigung der Komplexität, die mit der Informationsfülle in den Kommunikationen in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung um die Störungsmodelle herum gegeben ist.

Dabei könnten auch in der Dissonanztheorie behandelte Aspekte bei der Frage der Rolle struktureller Eigenschaften der Störungsmodelle und der Musterbildung eine Rolle spielen (Frey & Gaska, 1993). Die Frage, wie sich diskrepante Störungsmodelle auf den Kommunikationsprozess auswirken, kann auch über den motivationalen Zustand der Dissonanz analysiert werden. Die Reduktion von erlebter Dissonanz kann in einer Einstellungsänderung als Adaptation an ein anderes Störungsmodell resultieren, kann aber auch zu einer Festigung der ursprünglichen Einstellung beitragen (Frey & Gaska, 1993). In beiden Fällen steht nicht die Realitätsangemessenheit der Kognitionen, sondern die Passung zueinander im Vordergrund. Die therapeutischen Kommunikationen können dabei vor dem Hintergrund des Paradigmas der forcierten Einwilligung diskutiert werden (Brehm, 1976).

Es sollen auch die in der Voruntersuchung aufgestellten Hypothesen, dass die Transparenz von Störungsmodellen in der Kommunikation eine Rolle im Behandlungsprozess spielt, überprüft werden und die Rolle von unterschiedlichen Wahrnehmungen dabei geklärt werden. Dabei wird die Hypothese aufgestellt, dass sich in den geäußerten Störungsmodellen pro Fall Konfliktmuster abzeichnen, die auch in anderen Ebenen der Familieninteraktionen deutlich werden und mit Entwicklungsaufgaben (Havighurst, 1981) von Kindern und Jugendlichen in Verbindung stehen. Dabei könnte das Erleben von Schuld und Verantwortung eine wichtige Rolle spielen.

Ein inhaltlich bedeutsamer Aspekt von Störungsmodellen, der auch in der Hauptuntersuchung berührt wird, ist die Frage, inwieweit diese Reaktanz auslösen. Die Bedrohung von Verhaltensspielräumen (Worchel, 2004), aber auch die Erklärung von Verhalten einer Person in Begriffen stabiler Eigenschaften lösen Reaktanz aus (Snyder & Wicklund, 1978). Reaktanz

kann dabei zu einer Erhöhung der Diskrepanz von Störungsmodellen im Rahmen einer Behandlung beitragen.

## 6 Hauptuntersuchung

### 6.1 Zusammenfassung der Fragestellung

Welche der sozialpsychologischen Theorien eignet sich für eine fruchtbare Analyse vor dem Hintergrund der Fragestellung, um eine Typenbildung auf einem mittleren Generalisierungsniveau vornehmen zu können?

Nach welchen Kriterien können die Störungsmodelle sonst noch beschrieben werden, um nicht zu spezielle und nicht zu allgemeine Beschreibungen zu erhalten?

Es gibt Muster in den Störungsmodellen zu einem Fall, die für bestimmte noch unbekannte Merkmale des Falls spezifisch sind. Diese Muster sollen untersucht werden.

Die Offenheit bzw. Transparenz der Störungsmodelle hat einen Effekt auf den Kommunikationsprozess, in den die Störungsmodelle eingebettet sind.

In den Störungsmodellen zeichnen sich familiäre Konfliktmuster, die in anderen Bereichen deutlich werden und in denen Schuld und Verantwortung eine Rolle spielt, ab.

Störungsmodelle können Reaktanz auslösen, die zu einer Erhöhung der Diskrepanz der Modelle in einem Fall beiträgt.

### 6.2 Methode der Hauptuntersuchung

Sowohl das therapeutische Setting, in dem die Daten erhoben wurden, als auch die Kodierung der Daten war analog dem der Voruntersuchung. Es handelte sich auch um den selben Typ Daten, nämlich Therapiemitschriften, die überwiegend als Gedächtnisprotokolle angefertigt wurden.

Die in der Voruntersuchung u. a. erarbeitete Hypothese der Rolle einer Passung der Störungsmodelle rückt die Gleichberechtigung der Perspektiven der an einem Fall, d. h. Kommunikationssystem, beteiligten Personen noch stärker in den Vordergrund. Nicht die Expertinnensicht, wie in der Voruntersuchung durch die Fallstrukturhypothese ausgedrückt,

sondern die Störungsmodelle jedes einzelnen Beteiligten in ihrem Zusammenwirken sind nun Gegenstand der Analyse. Dies geschieht durch das Anlegen sozialpsychologischer Konstrukte an die Fälle, die zuvor als aussichtsreich ausgewählt wurden, Informationen über den Interaktionsprozess beim Zusammenwirken der Störungsmodelle weiter aufzuschlüsseln. In einem Prozess von Versuch und Irrtum sollen dann diejenigen Konstrukte, die sich am besten für eine Beschreibung des Zusammenwirkens der Störungsmodelle eignen, ausgewählt werden und für eine Typenbildung aus den Fällen herangezogen werden.

Es wird dabei eine doppelte Strategie verfolgt. Die Störungsmodelle sollen anhand gut erforschter sozialpsychologischer Konstrukte vor dem Hintergrund der Fragestellung handhabbar gemacht werden und in einem zweiten Schritt deren Interaktion untersucht werden. Zum Beispiel kann dann gefragt werden, ob eine Passung von Störungsmodellen über die Interaktionspartner im therapeutischen Prozess komplementär oder symmetrisch ist, wie der Kommunikationspartner z.B. an ein Störungsmodell anschließt, das auf externe Ursachen attribuiert oder wie Schuldzuweisungen in einem Störungsmodell beantwortet werden. Dabei können besonders Muster und Regelmäßigkeiten in den Blick genommen werden. Dieser zweite Analyseschritt ist dabei konform mit systemtheoretischen Überlegungen (Vogd, 2005). Es wird nicht gefragt, was die persönlichen Bedingungen einer solchen Aussage sind, oder ob sie wahr ist, sondern ohne auf eine außerhalb der Interaktion befindliche Entität zurückzugreifen, wird gefragt, was die Äußerung eines spezifischen Störungsmodells für die Äußerungen der übrigen Interaktionspartner bedeutet. Dies kann an den Anschlüssen an diese Äußerung hinreichend abgelesen werden. Damit ist die Grundidee der doppelten Kontingenz der Kommunikation (Luhmann, 1984) berührt, in der der Fokus nicht darauf liegt, was eine Interaktionspartnerin wirklich meint, sondern wie sie verstanden wird. Im Sinne einer systemtheoretisch begründeten Interpretation (Vogd, 2005) wird Kommunikation hier erschlossen, indem sie als ein Prozess der Interpretation von Interpretationen verstanden wird.

Die in der fallrekonstruktiven Familienforschung (Hildenbrand, 2005) vorgeschlagene Analyseform ist die des Theoretical Samplings, eine Methode, die ursprünglich in der Grounded Theory (Strauß, 1994, zit. nach Hildenbrand, 2005) auf Fallebene durchgeführt und von Hildenbrand (2005) für die Analyse mehrerer Fälle erprobt wurde. Dabei wird aber in der Hauptuntersuchung der für eine vergleichende Analyse (Kontrastierung) verwendete Fall nicht nach inhaltlichen Kriterien ausgewählt, sondern aus der Fallsammlung per Zufallsauswahl (Zufallsstichprobe ohne zurücklegen bei 14 Fällen) gezogen. Dies soll eine stärkere Generalisierbarkeit ermöglichen, da die Fälle aus einer einzigen Institution aus einem bestimm-

ten Zeitabschnitt stammen und damit möglicherweise anfällig für konfundierende Effekte sind.

Diese Paarvergleiche der Interaktionsmuster auf Störungsmodellebene sollten das Finden relevanter Beschreibungskategorien für die Störungsmodellinteraktionen auf der Ebene sozialpsychologischer Konstrukte erleichtern, um im nächsten Schritt eine Typenbildung vorzunehmen. Nachdem also die Kodierung entsprechend eines aus dem Fall heraus entwickelten Kategoriensystems (Symptome, zeitliche Ordnung, Quelle) thematisch eingegrenzt auf Ursachenzuschreibungen für die Symptome vorgenommen wurden (Kodierung) und Hypothesen zur Rolle der Störungsmodelle im Kommunikationsprozess entwickelt wurden, wurde an die Daten einer neuen Stichprobe, die genauso kodiert wurden, ein gut untersuchtes System von Konstrukten angelegt, mit dem diese weiter erschlossen wurden. Bei den verwendeten sozialpsychologischen Konstrukten, als ein schon umfänglich validiertes Kategoriensystem, handelt es sich um Attributionstheorien und attributionale Theorien, Dissonanztheorie, Reaktanztheorie, Hypothesentheorie der Wahrnehmung und die Theorie sozialer Vergleichsprozesse. Weiterhin wurden die Störungsmodelle auf gegenseitige Passung, Einheitlichkeit über die Person hinweg (Oszillation) und deren Auswirkung auf Handlungsspielräume (Freiheitsgrade) untersucht, sowie Überlegungen zu deren Rolle für Bindung und Autonomie angestellt.

Obwohl der Fallvergleich als Form in der Hauptuntersuchung beibehalten wurde, erscheint diese Methode der paarweisen Vergleiche für den vorliegenden Untersuchungszweck wenig fruchtbar. Der Fallvergleich war eher im letzten Analyseschritt aussichtsreicher, in dem Typen aus den 14 Fällen konstruiert werden sollten.

Die Fallvergleiche verändern sich dabei im fortschreitenden Untersuchungsprozess. Zwar wird das grundlegende Prinzip des Anlegens sozialpsychologischer Konstrukte an die Fälle in jeder der 14 Therapiemitschriften durchgehalten; da sich aber im Laufe des Fortschreitens der Untersuchung zunehmend die Relevanz von Attributionskategorien zeigte, wurde diese in der Fallanalyse auch zunehmend stärker berücksichtigt und deren Interaktionen beschrieben. Dabei handelte es sich um einen offenen Prozess, in dem zwar die Analysekategorien von außen an die Daten angelegt werden, dies allerdings explorativ, mit der Idee, die Geeignetsten für eine Typenbildung heranzuziehen.

### 6.2.1 Stichprobe

Es handelt sich um 14 Therapiemitschriften von Behandlungen, die innerhalb der letzten zehn Jahre in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik in Deutschland durchgeführt wurden (Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung, S. 71).

### 6.2.2 Kodierung

Genauso wie in der Voruntersuchung wurden auch hier die Störungsmodelle in Form einer Tabelle kodiert, in der die Störungsmodelle und relevante Kontextinformationen dazu nach Problembereich und Quelle aufgeschlüsselt wurden. Es wurden allerdings im Unterschied zur Voruntersuchung Textpassagen aus den Therapieprotokollen, die Aufschluss über Störungsmodelle gaben, herauskopiert und möglichst wenig verändert in die Tabelle übernommen, um Fehlerquellen möglichst gering zu halten.

## 6.3 Ergebnisse der Hauptuntersuchung

### 6.3.1 Fallvergleich 1

#### 6.3.1.1 Fallvignetten

*Fallvignette Selim: Bei Selim handelt es sich um einen 14-jährigen Jugendlichen, der im Verlaufe eines Jahres Impulsdurchbrüche im Zusammenhang mit schulischen Anforderungen, Ängste vor schulischen Anforderungen, insbesondere Versagensängste, auch zwanghaft anmutende Verhaltensweisen und eine extensive Beschäftigung mit Sauberkeit an den Tag legte. Darüber hinaus berichteten die Eltern von einer regressiven Symptomatik, aus der heraus Selim alltägliche selbstverständliche Handlungen wie das selbständige Essen, sich Anziehen und Ähnliches nicht mehr alleine durchführte. Aus der Vergangenheit wurden Tic-Störungen in Form von unwillkürlichen Bewegungen der oberen Extremitäten berichtet, die aber nach Absetzen der ADHS-Medikation, die Selim in der Vergangenheit im Rahmen einer Vorbehandlung für neun Monate bekommen hatte, zurückgegangen seien.*

*Selim stammt aus einer Familie mit türkischem Migrationshintergrund, ist in Deutschland geboren und spricht akzentfrei, allerdings einen geringen Wortschatz aufweisend, Deutsch sowie auch Türkisch. Die Familie entstammt einfachen Verhältnissen, der Vater arbeitet als Fabrikarbeiter. Das Familienleben ist geprägt durch einen schon seit Jahren andauernden Kampf der Eltern gegen eine Umschulung auf die Förderschule, der sie anfangs zugestimmt*



hatten, dann aber ihre Zustimmung wieder zurückgezogen hatten. Es wurden ihnen dabei immer wieder von Lehrern in der Grundschule, aber auch in der Hauptschule, die Selim zum Zeitpunkt der Behandlung besuchte, mitgeteilt, dass Selim unterdurchschnittlich intelligent und in der Schule überfordert sei. Neben diesem Kampf gegen die Institution Schule machte sich insbesondere die Mutter Vorwürfe, durch unbedachte Unterschriften, z.B. in dem AOSF-Verfahren, ihn in eine schwierige Situation gebracht zu haben. Bei beiden Eltern dominiert eine äußerst beschützende Haltung gegenüber Selim, den sie vor Traumatisierungen, schlechten Erfahrungen und ungerechtfertigten Beurteilungen seitens der Schule beschützen wollen. Dabei richtet sich ihr Hauptaugenmerk auf den Kampf gegen eine drohende Förderschulbesuchung. Trotz der eigentlich anstehenden Entwicklungsaufgabe einer zunehmenden Ablösung des 14-jährigen Jugendlichen ist innerhalb des letzten Jahres im Gegenteil eine starke Nähe zu den Eltern und eine extrem enge Bindung an die Mutter entstanden, die ihn wie ein Kleinkind füttern und anziehen musste und ihn auf die Toilette begleiten musste.

Die Symptome treten nicht nur in der Schule, sondern auch zuhause auf, sind aber thematisch auf die Schule eingegrenzt, bzw. werden immer wieder damit in Verbindung gebracht.

Fallvignette Clara: Bei Clara handelt es sich um eine 16-jährige Jugendliche, die unter Waschzwängen leidet, die ihren Alltag weitestgehend bestimmen und die auch dazu führen, dass sie ebenfalls wie Selim sich in der letzten Zeit massiv aus ihrer Gleichaltrigengruppe zurückgezogen hat. Sie zeigt allerdings auch noch Anteile von selbstständigem jugendlichem Verhalten, wie z. B. den Besuch des Ballettunterrichts. Zwar wurden neben Zwangshandlungen auch Zwangsgedanken angegeben, diese blieben aber eher vage. Die Zwangshandlungen führten insbesondere auch auf dem Schulweg zu Kontaminierungsängsten, so z.B. zu der Angst vor Ansteckung mit HIV. Ein weiterer wesentlicher Symptombereich, der die Eltern mehr als der Zwang beschäftigte, waren häufige familiäre Streitigkeiten, insbesondere zwischen Clara und der Mutter, aber auch zwischen ihr und dem Vater, in denen es um die Auswirkung des Zwangs wie häufiges Wäschewaschen, aber auch den extensiven Gebrauch von Körperpflegemitteln ging.

Einen weiteren Streit Anlass stellte die Vernachlässigung von Pflichten im Haushalt, die Ordnung zu Hause aber auch das Einhalten von Terminen und überhaupt das Thema „Pünktlichkeit“ dar. Diese Streitthemen waren teilweise mit den Zwangshandlungen vermischt, da Clara aufgrund des hohen Zeitbedarfs für ihre Zwangsrituale häufig die Eltern warten ließ.

*Die Art der Symptomatik zeigt zum Einen eine gewisse Ähnlichkeit zu der von Selim, da Ängste im Vordergrund stehen, wobei Versagensängste bei Clara eher ein Nebenthema waren. Ein zentraler Unterschied ist allerdings die familiäre Reaktion auf die Symptomatik. Während bei Selim ein hohes Maß an sozialer Unterstützung ausgelöst wurde, das die Beziehungen intensiviert, gab die Symptomatik in Claras Familie eher Anlass für massive Streiteskalation, die von Beleidigungen bis hin zu körperlichen Rangeleien reichten. Die Symptomatik führte also bei Clara eher zu einer Abnahme sozialer Unterstützung seitens der Familie und zu einer Distanzierung bis hin zu dem Gedanken einer außerhäuslichen Unterbringung von Clara seitens der Mutter.*

Die Familiensituation von Clara ist eine gänzlich andere als die von Selim. Clara stammt aus einer Mittelschichtsfamilie, der Vater geht einer Tätigkeit als höherer Angestellter nach und Clara besucht die Unterstufe eines Gymnasiums. Clara hat eine volljährige Schwester, die nicht mehr zuhause lebt.

So wie bei Selim findet auch bei Clara eine thematische Verengung der Familieninteraktionen statt, hier allerdings auf Claras aus Sicht der Eltern unmögliches Verhalten. Im Gegensatz zu der Situation Selims verläuft hier nicht die Konfliktlinie zwischen der Familie und außerfamiliärer Umwelt, sondern innerhalb der Familie zwischen Clara und ihren Eltern, insbesondere ihrer Mutter. Aber auch zwischen den Eltern gibt es Unstimmigkeiten, die von der Mutter schon im Vorstellungsgespräch als „größtes Problem“ beschrieben wurden. Diese Konflikte drehen sich um die Haltung des Vaters in den Streitigkeiten zwischen Clara und der Mutter, der sich stellenweise auf die Seite von Clara stellen würde. Eine Gemeinsamkeit zwischen Selims und Claras Lebenssituation ist ein verwöhnendes, wenig Anforderungen stellendes Verhalten seitens der Eltern, das allerdings bei Clara durch die Streiteskalation unterbrochen wird. Auf der Ebene der Familieninteraktionen ist bei Clara eine größere Ambivalenz als bei Selim, was die Beziehung und Bindung angeht, zu finden. Bei beiden ist allerdings der Ablösungsprozess ins Stocken gekommen, beide haben sich aus ihrer Gleichaltrigengruppe zurückgezogen, halten sich hauptsächlich in ihrer familiären Umgebung auf und haben Schwierigkeiten, die schulischen Anforderungen zu erfüllen.

### **6.3.1.2 Die Störungsmodelle bei Selim**

#### Ausgangslage

Schon im Vorstellungsgespräch am 12.1. werden zwei diametral entgegengesetzte Stö-

rungsmodellperspektiven offenbart. Selim beschreibt, dass er über schlechte Noten wütend und auch traurig sei, dass sein größtes Problem sei, keine Lust zu haben, Hausaufgaben zu machen und auch die Mutter beschreibt, dass er sich über schlechte Noten ärgern würde und sich dann mit der Hand gegen den Kopf schlage, sich nicht im Unterricht melden würde und sich nicht konzentrieren könne. Sowohl für Selim als auch für seine Mutter stehen schulische Leistungen, so wie es aus dem Störungsmodell hervorgeht, im Vordergrund und erzeugen Leidensdruck. Im Gegensatz dazu offenbart sich das Störungsmodell, das nicht auf veränderbare Ursachen, sondern auf stabile Ursachen fokussiert, in der Vorabinformation der Vorbehandlerin, die allerdings im Vorstellungsgespräch nicht offen kommuniziert wird. Dieses Störungsmodell geht von einer Lernbehinderung, von einer unterdurchschnittlichen Intelligenz aus aufgrund der Selim in der Schule durch den Leistungsdruck überfordert wird und durch den Ehrgeiz der Eltern unter Druck gesetzt wird. Diese beiden Perspektiven differenzieren sich dann in dem ca. einen Monat später stattfindenden Vorgespräch weiter aus. Hier werden von Seiten der Mutter als Haupthindernis in der Schule Ängste von Selim benannt. Von Seiten des therapeutischen Teams wird in diesem Gespräch allerdings das konkurrierende Störungsmodell, das von der Vorbehandlerin stammt, offenbart, allerdings nicht indem sich das therapeutische Team klar positioniert, sondern indem angesprochen wird, wie mit Intelligenztestergebnissen umzugehen sei, die auf eine Lernbehinderung hinweisen würden. Es wird in diesem Zusammenhang auch die Gefahr eines Behandlungsabbruchs thematisiert, was von der Mutter mit einem Stimmungseinbruch beantwortet wird, vom Vater allerdings auch mit der Aussage, dass man im Falle einer unterdurchschnittlichen Intelligenz Selim vor Unterforderungen schützen müsse.

Die allerdings seitens des Teams nicht offen kommunizierten Störungsmodelle waren u. a., dass die Mutter die Lernbehinderung verleugnet, ihren Sohn idealisiert und damit zu seiner Überforderung beiträgt. Darüber hinaus gibt es die Einschätzung der Überweiserin, dass die Mutter von einer Psychotherapie profitieren könne (Vorgespräch 9.02.). Im Aufnahmegespräch (8.03.) einen Monat später wird von der Mutter eine Verschlimmerung der regressiven Symptomatik, aber auch der Ängste und des sozialen Rückzuges von Selim beschrieben. Entsprechend des auf die Dichotomie Normalbeschulung / Förderschule abhebenden Störungsmodells der Eltern wird die Verschlimmerung der Symptomatik mit dem in Aussichtstellen der Förderbeschulung ca. ein dreiviertel Jahr zuvor in Verbindung gebracht. Teil des Störungsmodells der Mutter ist darüber hinaus auch, dass sie sich eine Mitschuld an der Situation gibt, indem sie z.B. berichtet, dass Selim ihr die Schuld an der Situation geben wür-

de, da sie alles Mögliche unterschreiben würde (Aufnahmegespräch 8.03.). Sie räumt allerdings auch ein, dass Selim unrealistische Ziele hat, z.B. den Besuch eines Gymnasiums. Dies könnte auch als ein Hinweis darauf gewertet werden, dass auch die zum Störungsmodell der Eltern entgegengesetzte Perspektive, dass es nämlich bei Selim stabile Ursachen für sein Schulversagen und seine Ängste geben könnte, die im Sinne einer niedrigen Intelligenz zu fassen sind, präsent ist. Auch auf Seiten des Vaters war dies deutlich geworden, als er auf die hypothetische Frage, was wäre, wenn ein unterdurchschnittliches Intelligenztestergebnis erhoben würde, antwortete, dass es auch Situationen gebe, in denen Menschen vor Überforderungen geschützt werden müssten (Vorstellungsgespräch 9.02.).

### Die Entwicklung der Störungsmodelle im Behandlungsverlauf

Obwohl anhand der Vorinformationen einer diagnostizierten Lernbehinderung das professionelle Störungsmodell klar zu sein schien und therapeutischerseits von einer Überforderung bei geringen kognitiven Ressourcen ausgegangen werden konnte, wurde trotzdem versucht, sich nicht in der die Interaktion mit der Institution Schule bisher subsumierenden Dichotomie Förderschule / Normalbeschulung zu positionieren. Dies gelang durch eine Form von doppelter Buchführung, die im Vorgespräch vom 9.2. deutlich wird. Über das Durchspielen der hypothetischen Ausgänge des im Rahmen der Behandlung geplanten Intelligenztests wurde die Außenperspektive auf diese Dichotomie eingenommen und so eine gewisse Neutralität, zumindest eine Nichtpositionierung gewahrt. Dies beantwortete der Vater zumindest damit, dass er auch die andere Perspektive, die sonst kategorisch in der Familie ausgeschlossen wurde, nämlich die Perspektive einer Überforderung von Selim, einnehmen konnte. Darüber hinaus wird als weiteres Störungsmodell eine interaktionelle Perspektive eingeführt, die von der einweisenden Therapeutin, die auch an dem Gespräch teilnahm, angestoßen wurde und die einen Zusammenhang des psychischen Wohlergehens der Mutter und des psychischen Wohlergehens Selims annimmt. Diese interaktionelle Perspektive wurde von der Mutter nicht beantwortet. Auch im Elterngespräch am 7.6. wurde diese interaktionelle Sicht erneut aufgenommen und der Mutter angeraten, etwas für ihre eigene emotionale Befindlichkeit zu tun, was sie mit dem Konzept beantwortete, dass es erst Selim gut gehen müsse, damit es ihr gut gehen könne. Dabei war auch die von der Mutter eher abgewehrte interaktionelle Sicht indirekt in ihren Äußerungen präsent, indem sie mitteilte, dass sie an Selims Situation mitschuldig sei. Solche Selbstvorwürfe machte sie z.B. in dem Gespräch am 15.3. und bezieht sich dabei auf die Überlegung, dass sie Selim besser noch ein Jahr länger im Kindergarten gelassen hätte und in allgemeiner Form am 13.4..

Das Störungsmodell der Eltern erfährt eine Erweiterung, wie im Elterngespräch am 28.4. deutlich wird, indem sie mehr auf die Auswirkungen der Förderschulempfehlung auf Selim und nicht so sehr auf die Tatsache, dass es eine solche Förderschulempfehlung gibt, fokussieren. Der Vater macht dabei deutlich, dass nicht die Eltern ein Problem mit der Förderschule hätten, sondern Selim, der dann, wenn er davon hören würde, psychisch labil werden würde. Die Mutter begründet dies mit seinen Erfahrungen mit Nachbarskindern, die andere Kinder, die eine Förderschule besuchen, ärgern würden. Zwar taucht auch noch im weiteren Verlauf das alte Störungsmodell auf, indem die Tatsache der Förderschulempfehlung als das eigentliche Problem angesehen wird, trotzdem aber gelingt den Eltern mit diesem Wandel eine neue Sichtweise auf das Problem. Die Eltern verlassen an dieser Stelle die Dichotomie Förderschule / Normalbeschulung und es gelingt dem Vater, die Wichtigkeit einer Beschulung entsprechend der Fähigkeiten und Bedürfnisse seines Sohnes anzuerkennen.

Selim selbst hatte schon relativ schnell nach Behandlungsbeginn mit einer deutlichen Symptomreduktion, was seine Stimmung, seinen sozialen Rückzug und auch seine Zwänge anging, reagiert (Einzeltherapie am 12.04., Elterngespräch am 13.04.). Möglich wurde dieser Perspektivenwechsel seitens der Eltern wohl auch durch die im Elterngespräch vom 28.4. eingebrachte Idee einer Beschulung in der Waldorfschule, allerdings in dessen Förderzweig. Diese Idee wurde sowohl von Selim (Einzeltherapie am 28.05.) als auch von den Eltern (Elterngespräch am 7.06.) sehr positiv aufgenommen. Trotzdem blieb aber nach wie vor die negative Sicht gegenüber der Förderschule im Sinne einer Art von doppelter Buchführung (Elterngespräch am 10.05.) erhalten. Dabei führte die Mutter alle negativen Veränderungen von Selim (er sei früher ein ganz anderes Kind gewesen) auf die Thematisierung einer Förderschulempfehlung seitens seiner früheren Klassenlehrerin zurück.

Dass sich letztendlich die Idee einer Beschulung im Förderzweig der Waldorfschule, die auf den Lehrer der Krankenhausschule Herrn Steinfeld, zurückging, so positiv auswirkte, ist vor dem Hintergrund der Störungsmodelle der Eltern und auch des Störungsmodells von Selim, der eher grob seine Probleme mit der Schule in Verbindung brachte, erstaunlich. Hinweis für eine mögliche Erklärung des positiven Effekts kann darin gesehen werden, dass diese Empfehlung einer Positionierung, in der die gesamten Familieninteraktionen subsummierenden Dichotomie aus dem Weg geht, indem beide Seiten der Dichotomie realisiert werden. Bei der Waldorfschule handelt es sich zum einem um eine Privatschule und um eine Variante einer Normalbeschulung, zum anderen wird aber im Förderzweig dieser Schule, ähnlich wie in einer Förderschule, entsprechend den geringeren kognitiven Ressourcen der Schüler beschult.

Diese Nichtpositionierung oder Doppelpositionierung, die in der Handlung der Umschulung von Selim steckt, erlaubte es den Eltern möglicherweise mehr, aus dem Konflikt auszusteigen und für Selim mehr soziale Unterstützung bereit zu stellen. Selim reagierte allerdings anfangs auf die Umschulung mit einer Zunahme von Ängsten, so mit der Angst, doch hereingelegt zu werden und auf eine Förderschule geschickt zu werden (Elterngespräch am 3.05.) oder auch in der neuen Schule zu versagen (Elterngespräch am 10.05.). Trotzdem stellte sich insgesamt aber parallel dazu eine Symptomverbesserung ein (Elterngespräch am 10.05., 7.06.). Nach einer Probezeit, die noch einige Wochen in der Behandlung begleitet werden konnte, konnte Selim dann regulär die Waldorfschule besuchen.

Die Ambivalenz der Eltern oder auch die vorher als doppelte Buchführung bezeichnete Toleranz für das nebeneinander Stehenlassen von diametral entgegengesetzten Perspektiven spiegelt sich auch in einem Hin- und Herschwanken zwischen verschiedenen Perspektiven im Team (Teamsitzung am 12.04.), wo trotz der Vorinformation eine Unentschiedenheit zwischen Lernbehinderung, geistiger Behinderung und psychischer Störung von Selim deutlich wurde. In dem Elterngespräch am 7.6. wurde mit einer positiven Reaktion der Eltern eine Sicht der Intelligenz von Selim eingeführt, die besagt, dass er zwar eine geringe kognitive, aber eine hohe emotionale Intelligenz aufweist.

### **6.3.1.3 Die Störungsmodelle bei Clara**

#### Ausgangslage

Anders als bei Selim gibt es in den Störungsmodellen der Eltern von Clara kaum Zweifel an stabilen bei Clara selbst liegenden Ursachen für ihre Problematik. Allerdings herrscht im Vorstellungsgespräch (8.05.) noch eher ein gewisses Verständnis für Clara seitens der Mutter vor, die beschreibt, dass ihr Clara leid tun würde, die aber auch darauf hinweist, dass der Vater sich mit Clara verbünden würde und er aus diesem Grund weniger unter den Schwierigkeiten leiden würde als die Mutter. Auf Seiten Claras finden sich wenige Störungsmodelle im Sinne von kausalen Verknüpfungen. Es dominieren Symptomschilderungen, denen allerdings eine internal-unkontrollierbare Perspektive inhärent ist (Einzeltherapie 9.06.). Clara beschreibt eher den Zusammenhang zwischen ihren Symptomen, so z.B. dass sie Konzentrationsprobleme in der Schule habe, dass sie an ihren Gedanken hängen würde, womit sie wohl ihre Zwangsgedanken meint (Vorstellungsgespräch 8.05.). Neben der Beschreibung, dass Clara der Mutter leid tun würde, ist aber auch die Aussage zu finden, dass sie sich ärgere. Diese beiden Haltungen scheinen zeitweise im Widerstreit miteinander zu stehen, wobei im

Aufnahmegespräch (8.06.) einige Wochen später deutlich wird, dass wohl eher die letztere Haltung dominiert. So beschreibt die Mutter ein aggressives Verhalten von Clara, berichtet von Beleidigungen, beschreibt, dass Clara zu „faul“ sei, die Wäsche einzuräumen, dass sie über Andere herziehe, da sie nicht ihre Meinung sagen könne und bringt Claras Verhalten mit Verschwendungssucht in Verbindung.

Auch der Vater präsentiert im ersten Gespräch, an dem er teilnimmt (Elterngespräch 15.06.) eine ähnliche Perspektive, wenn er äußert, dass Clara charakterlich nicht anders in der Lage sei, als sich impulsiv und ausfallend gegenüber den Eltern zu verhalten. Hier ist ein erheblicher Unterschied zu den Störungsmodellen von Selims Eltern zu finden. Während diese sich sehr darum bemühen, jegliche Zuschreibungen von Selim fern zuhalten, findet bei Clara ein gegenteiliger Prozess statt. Die Tatsache der Zwangserkrankung, die ja bei Clara schon diagnostiziert war und aufgrund derer sie auch schon in stationärer Behandlung gewesen war, wird dabei eher ausgeblendet oder ignoriert. Ganz im Gegenteil zu Selims Familie, in der geradezu ein pathologisches Korrelat für seine Problematik gesucht wird, was im Unterschied zu einer verminderten Intelligenz aber nicht stabil wäre. Ähnlich wie auch bei Selim verdichtet sich allerdings die gesamte familiäre Interaktion hin auf ein spezifisches Thema.

Der Vater scheint aber auch zumindest zeitweise zwischen verschiedenen Perspektiven zu schwanken, wenn er ebenfalls am 15.6. als Erklärung für die Schwierigkeiten von Clara, pünktlich zu sein, anbietet, dass sie unter Dyskalkulie<sup>13</sup> leiden würde.

### Die Entwicklung der Störungsmodelle im Behandlungsverlauf

Auch bei Clara gab es ähnlich wie bei Selim eine Handlung und ein damit verbundenes Ereignis, das allerdings nicht geplant und gemeinsam entwickelt worden war, wie die Umschulung von Selim auf die Waldorfschule, sondern eher peripher und zufällig auftrat, nämlich der Urlaub der Eltern von Clara, in deren Verlauf sie zwei Wochen bei ihrer volljährigen Schwester blieb, während die Behandlung weiter lief (Einzeltherapie am 4.08.). Dieses Ereignis, das allerdings therapeutisch mitgestaltet wurde, indem den Eltern dazu geraten wurde, den geplanten Urlaub auch umzusetzen, führte zu erheblichen Auseinandersetzungen von Clara mit dem therapeutischen Team und auch zu einem gemeinsamen Gespräch mit Clara und der Schwester (Familiengespräch am 12.08.), in dem die Situation thematisiert wurde. Diese Distanzierung aus der ambivalenten Beziehung zur Mutter trug möglicherweise zu dem später dann berichteten Symptomrückgang (Elterngespräch 17.8. und 28.08.) bei. Davor hatte

---

<sup>13</sup> Beeinträchtigung des arithmetischen Denkens

es über mehrere Monate einen wechselnden Verlauf gegeben, in dem die Symptomatik sich häufig an den Wochenenden verstärkte und innerhalb der Woche abklang. Allerdings war insgesamt kein durchgehendes Muster erkennbar gewesen.

In beiden Fällen waren es letztendlich also Handlungen, die mit bestimmten Ereignissen verbunden waren, die eine Veränderung der Symptomatik ermöglichten, bei Selim die Umschulung und bei Clara die vorübergehende räumliche Distanzierung.

Ein Unterschied war, dass die interaktionelle Sicht, die das Problem in Wechselwirkung mit dem sozialen Kontext des Patienten analysiert und die bei Selim eher kaum gefruchtet hatte und nicht von den Eltern aufgenommen war, bei Clara schon eine Auswirkung gehabt hatte. Es wurde hier von Anfang an die Interpretation angeboten, dass der Zwang von Clara den Versuch einer Autonomieentwicklung darstellt (Elterngespräch am 15.06.).

### *6.3.1.4 Sozialpsychologische Aspekte*

#### Passung, Gemeinsamkeiten und Unterschiede

In den Störungsmodellen bei Clara ist die Passung eher gering: Die Mutter ist hin- und hergerissen zwischen Ärger auf Clara und damit der internal-kontrollierbaren Attributionsperspektive sowie Mitgefühl, das auf einer eher unkontrollierbaren Sicht beruht. Clara selbst verharrt in Symptomschilderungen und bleibt damit auf der internal-unkontrollierbaren Seite.

Der Vater sieht eher charakterliche Gründe für Claras schwieriges Interaktionsverhalten mit den Eltern, wobei auch hier die Passung mit Clara eher gering ist, die sich verweigert und wütend agiert und hier eine Kontrollierbarkeit wenig in Abrede stellt. Clara schwankt hier zwischen einer internal-kontrollierbaren und unkontrollierbaren Sicht. Es gibt eine Phase in der Behandlung, in der die Passung zwischen dem Team und den Eltern hoch ist und eher externale familienbezogene Faktoren, wie Konsequenz im Erziehungsverhalten und das Stellen von Anforderungen an Clara im Vordergrund stehen. Dies hat allerdings, folgt man Weiner (2006), auch Implikationen für die interne Seite der Problematik. Clara wird zugetraut, dass sie sich anders verhalten kann, sonst würde das Stellen von Anforderungen keinen Sinn machen. Clara schwankt hier aber zwischen internal-kontrollierbaren und internal-unkontrollierbaren Störungsmodellen, indem sie sich teilweise offen an sie gestellten Anforderungen verweigert, dann aber auch wieder den Zwang als Ursache ins Feld führt und damit auf ihre Hilflosigkeit hinweist.



Die Passung der Störungsmodelle ist zwischen Selim und seinen Eltern sehr hoch. Trotzdem ist aber auch die ausgeschlossene Perspektive, dass Selim aufgrund eines kognitiven Defizits in der Schule überfordert sein könnte (internal-stabile Attribution), vorhanden. Diese Passung geschieht aber auf Kosten einer sehr geringen Passung mit den Störungsmodellen der nicht-familiären Umwelt. Die daraus resultierenden Widersprüche sind für Selim nur sehr schwer aufzulösen und führen immer wieder zu Stresssituationen, so z.B. wenn Lehrerinnen ihn darauf ansprechen, dass er eine Förderschule besuchen solle und die Eltern Druck seitens der Schule erleben. Im Laufe der Behandlung verändert sich die Passung im Sinne eines Gesichtwahrens in Richtung stärkerer Übereinstimmung mit der nicht-familiären Umwelt.

### Oszillation / Einheitlichkeit

In Bezug auf den Zwang zeigt sich bei Clara ein einheitliches Störungsmodell, das in internal-unkontrollierbaren Attributionen besteht. In Bezug auf die familiären Konflikte aber gibt es bei Clara eine Oszillation zwischen einer internal-kontrollierbaren und unkontrollierbaren Perspektive. Die Mutter oszilliert in ihren Störungsmodellen in Bezug auf den Zwang und auch in Bezug auf die Konflikte ebenfalls zwischen einer internal-kontrollierbaren und unkontrollierbaren Perspektive. Der Vater bleibt eher im Hintergrund. Das Team stellt immer wieder die Frage nach der Funktion der Symptomatik und stellt externale familienbezogene Faktoren in den Vordergrund. Diese Perspektive bleibt kontinuierlich bestehen. Genauso verhält es sich auch mit der internal-kontrollierbaren Perspektive des Behandlungsteams.

Zwar wirkt die Situation, in der die Eltern und auch Selim konsequent die Lehrer beschuldigen, die Probleme durch die Androhung der Förderbeschulung erzeugt zu haben einheitlich. Trotzdem scheint aber die ausgeschlossene Perspektive, dass Selim kognitive Defizite aufweist, bei allen Beteiligten präsent. Bei Selim wird dies durch die Angst, doch auf die Förderschule geschickt zu werden deutlich, bei den Eltern, in dem sie z.B. einräumen, dass Selim unrealistische Ziele habe.

### Bindung / Autonomie

Bindungsprozesse werden vom Team als Hintergrund für den Umgang mit den familiären Konflikten angenommen. Es wird der Eindruck geschildert, dass Claras Verhalten dazu dient, die Beziehung zur Mutter zu moderieren und dass andere Wege der Konfliktbewältigung durch die Impulsivität der Mutter versperrt sind. Es wird angenommen, dass Claras

Verhalten einerseits dazu dient, wenn auch in negativer Form, die Mutter zu binden, ihr aber auch gleichzeitig durch die mit dem Streit verbundene Distanzierung ein gewisses Maß an Autonomie zu erlauben.

Bei Selim ist der Prozess der Verselbstständigung und Autonomieentwicklung durch die ständige Erfahrung des Versagens aufgrund von überzogenen Anforderungen durch Fehlplatzierung, aber auch durch eigene hohe Ansprüche ins Stocken geraten. Im Gegenteil zeigt sich in der regressiven Symptomatik, aus der heraus er einfachste alltägliche Verrichtungen nicht mehr vollziehen kann, eine Rückentwicklung. Dieser Prozess dürfte durch die Erfahrung der Nichtkontingenz, der Unkontrollierbarkeit aversiver Ereignisse, vermittelt sein und kann im Sinne einer Hoffnungslosigkeitsdepression (Abramson et al., 1978) analysiert werden.

### Freiheitsgrade

In Bezug auf den Zwang hat Clara kaum Handlungsoptionen in ihren Störungsmodellen. Da sie sich nur auf der internal-unkontrollierbaren Ebene bewegt, begibt sie sich in eine Position völliger Hilflosigkeit. Bei den familiären Konflikten tritt sie aktiv als Konfliktpartei in Erscheinung und hat hier Spielraum für intentionales Verhalten. Das Störungsmodell des Vaters beinhaltet kaum einen Handlungsspielraum für Clara, da es im Wesentlichen internal-unkontrollierbare Faktoren hervorhebt (Charakter, Dyskalkulie). In den Störungsmodellen des therapeutischen Teams sind Handlungsoptionen sowohl für Clara als auch für die Eltern gegeben, in dem internal-kontrollierbare und external familienbezogene Faktoren als Gründe für das Problemverhalten hervorgehoben werden.

Bei Selim werden externale, also für ihn unkontrollierbare Faktoren in den Störungsmodellen der Eltern und auch in seinen Modellen hervorgehoben, die die Handlungsmöglichkeiten stark einschränken.

### Kooperationsgrad

Die Kooperation mit den Eltern zeigt eine positive Veränderung, als auch vom Team mehr Anforderungen an Clara gestellt werden und damit die Kontrollierbarkeit der Symptomatik im Schulterschluss mit den Eltern hervorgehoben wird. Der Vater ist allerdings relativ wenig in der Behandlung präsent.

Bei Selim gelingt es, die Kooperation mit außerhalb der Familie befindlichen Institutionen zu erhöhen, indem den Eltern eine gewisse Kontrolle über den Behandlungsprozess und auch den Umgang mit Informationen (z. B. Intelligenztestergebnisse) gegeben wird.

### Interaktionale Sicht

Eine interaktionale Sicht im Sinne eines Verständnisses für Claras Symptome aus einem Zusammenwirken von individuellen und familienbezogenen Faktoren bleibt eher schwach ausgeprägt. Sie ist bei der Mutter in Ansätzen zu erkennen, wenn sie einräumt, dass sie Clara zu sehr verwöhnt hat und dass sie Schwierigkeiten hat, konsequent zu sein.

Die interaktionale Sicht des Teams und auch der Kooperationspartner, dass das psychische Wohl der Eltern und das des Kindes sich gegenseitig bedingen, auf deren Basis auch der Mutter eine Therapieempfehlung gegeben wird, wird kaum aufgenommen.

### Die Perspektive der Reaktanzforschung

Nach Snyder und Wicklund (1978, zit. nach Miron & Brehm, 2006) kann das Erklären von Verhalten in Begriffen von stabilen Eigenschaften Reaktanz auslösen. Dies ist zumindest für die Beschreibung des Vaters, dass Clara charakterlich nicht in der Lage sei anders zu handeln, aber auch durch die Beschreibung der Mutter, dass Clara zu faul sei, um bestimmte Dinge zu tun, der Fall. Die impulsive Art und Weise, wie Pflichten eingefordert werden, könnte eine besondere Einschränkung von Verhaltensspielräumen (Miron & Brehm, 2006) bedeuten, die Reaktanz fördern könnte, da möglicherweise nicht nur eine bestimmte Handlungsoption, sondern ein großer Umfang von Handlungsoptionen als bedroht erlebt wird. Clara könnte hier in einem besonderen Widerspruch gefangen sein, indem ein maßregelndes Verhalten der Mutter einerseits ein Bindungssignal darstellt und von Clara in Ermangelung von Alternativen abgefragt wird, gleichzeitig aber auch ein Maximum an Reaktanz auslöst, mit dem daraus entstehenden distanzierenden Effekt. Die Interaktion von Clara und der Mutter lässt sich gut als ein Kreislauf von Reaktanz induzierenden Verhaltensweisen (ironische Prozesse nach Shoham, Trost und Rohrbaugh, 2004) erklären.

Bei Selim sind durch das Inaussichtstellen der Förderschule sehr viele Handlungsspielräume bedroht, besonders vor dem Hintergrund seiner eher hoch gesteckten Ziele, wie z. B. Porsche fahren und viel Geld verdienen. Reaktanz wird als ein motivationaler Zustand, der energetisierende Eigenschaften besitzt verstanden (Miron & Brehm, 2006). Die Intensität der emotionalen Reaktion, mit der Selim auf das Ansprechen dieses Themas reagiert, spricht für eine Reaktanz bedingte Energetisierung des Verhaltens. Allerdings dürfte die regressive Symptomatik, aus der heraus er einfachste alltägliche Aktivitäten verweigert, auch für eine Hoffnungslosigkeitsdepression (Abramson et al., 1978) sprechen, die vorwiegend durch die Erfahrung der Nichtkontrollierbarkeit vermittelt wird (Wortman & Brehm, 1975). Auch die

Eltern könnten Reaktanz durch die vielen in die gleiche Richtung gehenden Kommunikationen der Institution Schule erleben, vielleicht auch im Rahmen einer Identifikation mit ihrem Sohn, den sie viel kompetenter erleben, also vielmehr Handlungsmöglichkeiten habend, als ihnen dargestellt.

### Die Perspektive der Dissonanzforschung

Die Mutter und auch Clara dürften immer wieder Dissonanz durch die Oszillation von an sich widersprüchlichen Perspektiven erlebt haben, allerdings ohne dass eine Möglichkeit einer dauerhaften Dissonanzreduktion gefunden wurde. Betrachtet man den Urlaub der Eltern unter dissonanztheoretischen Gesichtspunkten (z. B. Frey & Gaska, 1993), könnte hier auf der Basis einer freiwilligen Entscheidung, die sowohl Clara als auch die Eltern bezüglich der Umstände des Urlaubs getroffen haben, eine besonders starke Dissonanz bei Clara entstanden sein, die ja sonst eher versucht hatte, sich durch negative Verhaltensweisen an die Mutter zu binden. Diese Dissonanz könnte bei Clara dann im Sinne einer forcierten Einwilligung (Festinger & Carlsmith, 1959, zit. nach Frey & Gaska, 1993) zu einer Einstellungsänderung hin zu mehr Selbstständigkeit und Unabhängigkeit geführt haben.

Bei Selim dürfte die Haltung, die Eltern stärker in die Verantwortung zu nehmen und sie selbst entscheiden zu lassen, ob ein Intelligenztest gemacht wird und wie mit dem Ergebnis umzugehen ist, als Selbstverpflichtung die Wahrscheinlichkeit der Entstehung von Dissonanz stark erhöht haben. Die Eltern dürften hier einen Widerspruch zwischen ihrem Wunsch, dass Selim einen positiven Bildungsweg mitmacht und ihrem Wunsch, dass es ihm psychisch gut geht, er also nicht überfordert wird, erleben. Die Waldorfschule hat dabei zu der Überzeugung von Selim und seinen Eltern konsonante (Privatschule) aber auch dissonante Aspekte (Förderschulzweig). Die Compliance<sup>14</sup> mit dem Schritt einer Umschulung wurde durch die Konzentration auf die konsonanten Aspekte erreicht, obwohl auch die dissonanten Aspekte offen kommuniziert wurden. Dies kann als eine Variante des Verhaltensschemas „Gesicht wahren“ angesehen werden. Hier dürfte dann im Sinne einer forcierten Einwilligung (Festinger & Carlsmith, 1959, zit. nach Frey & Gaska, 1993) Dissonanz entstanden sein, da in Auseinandersetzung mit der Realität auch die dissonanten Aspekte wieder in den Blick kommen müssen. Diese Dissonanz könnte dann durch eine Einstellungsveränderung in Richtung einer den Bedürfnissen von Selim angepassteren Beschulung reduziert worden sein.

---

<sup>14</sup> kooperatives Verhalten im Rahmen der Therapie

### Die Perspektive der Forschung zur Attribution

Bei Clara wird durch das therapeutische Team die existentielle (Rudolph & Steins, 1998) Attributionsperspektive angestoßen, indem immer wieder nach dem Sinn oder Zweck der Symptomatik gefragt wird und sie damit in einen positiveren Kontext gestellt wird.

Die Tatsache, dass die Eltern und Selim über weite Strecken Attributionen vornehmen, die eher situationsbezogen, also variabel sind und die Fachpersonen (Lehrer, therapeutisches Team) eher dispositionale Attributionen vornehmen, könnte als ein Beispiel für Akteur-Beobachter-Unterschiede gelten (Jones & Nisbett, 1971, zit. nach Meyer & Försterling, 1993). Zwar sind die Eltern nicht die Akteure in Leistungssituationen, denen Selim sich unterziehen muss, könnten aber durch Identifikationsprozesse sich in seine Lage versetzen und damit diesem Attributionsmechanismus unterliegen.

### Die attributionale Perspektive

Das Schwanken der Mutter zwischen Ärger und Mitgefühl könnte eine Reflexion des Schwankens in den Attributionen zwischen Kontrollierbarkeit und Unkontrollierbarkeit sein. So wie in der Forschung zum negativen Gefühlsausdruck erläutert (z. B. Barrowclough et al., 1994) könnten hier die Kontrollierbarkeit betonenden Attributionen zu einem Druck gegenüber Clara beigetragen haben, der sich auch auf Verhaltensweisen bezieht, die sie möglicherweise nicht unter Kontrolle hat. Dies könnte zu einer Verschlechterung der Situation von Clara beigetragen haben. Auch das Forschungsergebnis, dass depressive Mütter eher dazu neigen, die Verhaltensweisen ihrer Kinder in Begriffen stabiler Eigenschaften zu erklären, könnte hier eine Rolle spielen (White & Barrowclough, 1998).

Bei Selim entsteht durch den Unterschied in den Attributionen der Eltern und ihren Reaktionen ein Widerspruch, den Selim nicht auflösen kann. Einerseits wird eine internalisierbare Perspektive verfolgt und deutlich gemacht, dass Selim keinen kognitiven Einschränkungen unterworfen ist. Andererseits dominiert aber ein stark verwöhnender Erziehungsstil, in dem ihm alles abgenommen wird, und der eigentlich eine niedrige Fähigkeitseinschätzung transportiert (Weiner, 2006).

Die Perspektive der Hypothesentheorie der Wahrnehmung unter Berücksichtigung der Forschungsergebnisse zur Verhaltensbestätigung<sup>15</sup>

Bei Clara sind es auf Seiten der Mutter verschiedene Hypothesen, die im Widerstreit zueinander stehen und dadurch eine Situation der Unsicherheit und Unklarheit aufrechterhalten, die möglicherweise auch einen Einfluss auf den Umgang mit der Symptomatik hat. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass der Prozess des Hypothesentestens zu keinem zufriedenstellenden Ergebnis führt. Diese informationelle Instabilität drückt sich in dem Oszillieren verschiedener Störungsmodelle aus.

Bei Selim gibt es eine starke, dominante Hypothese (Lilli & Frey, 1993), nämlich die, dass er falsch beurteilt wird, der die ganze Familie folgt. Die soziale Unterstützung könnte dabei zu einer Bestätigung der Hypothese in Ermangelung anderer bestätigender Informationen beitragen. Möglicherweise auch als eine Folge des Gefühls sozialen Ausgeschlossenenseins findet eine einseitige, die Erwartung bestätigende Informationsverarbeitung statt (Greitemeyer et al., 2012). Möglicherweise durch die Fokussierung auf den Entscheidungs- und Urteilsprozess im Gegensatz zur Fokussierung auf das Entscheidungsergebnis (Fischer & Greitemeyer, 2010) findet im Laufe der Behandlung eine ausgewogenere Hypothesenprüfung statt, sodass bisher ausgeschlossene Hypothesen (Überforderung, Unterstützung durch Schule) Raum erhalten.

Die Perspektive der Theorie sozialer Vergleichsprozesse

Clara hatte im Rahmen der Behandlung die Möglichkeit, den Umgang von anderen Jugendlichen mit familiären Konflikten zu beobachten und ihre eigenen Strategien mit denen der anderen zu vergleichen. Auch in Bezug auf die Symptomatik könnte der Vergleich mit anderen Jugendlichen eine bessere Einschätzung des tatsächlichen Gefährdungspotentials durch Verschmutzung, wie im Zwang befürchtet, erbringen.

Bei Selim dürfte der soziale Vergleich eher zu selbstwertabträglichen Ergebnissen führen, wenn es um seine kognitiven Fähigkeiten geht, da dieser Vergleich ja per definitionem im Intelligenztest abgebildet wird. Hat man aber eine kompensatorische Sicht von Begabung im Sinne von Stärken und Schwächen, so hätte Selim auch die Chance, seine Stärken im sozialen Bereich realistischer einzuschätzen und Prioritäten anders zu setzen. Für die Eltern dürfte der soziale Vergleich ebenfalls eine wichtige Rolle spielen, da sie sich in ihrer Urteils-

---

<sup>15</sup> Behavior Confirmation

bildung von der Realität entfernt haben und durch den sozialen Vergleich zu ausgewogeneren Entscheidungen kommen könnten.

### 6.3.2 Fallvergleich 2

#### 6.3.2.1 Fallvignetten

Fallvignette Paul: Bei Paul handelt es sich um einen 18jährigen Jugendlichen, der aufgrund sozialer Auffälligkeiten im Sinne aggressiver Verhaltensweisen gegenüber seinen Pflegegeschwistern aufgefallen war, der sich wenig um die Kontakte zu seiner Peergroup gekümmert hatte, Schwierigkeiten hatte, Kontakte zu gleichaltrigen Mädchen aufzunehmen und unter schulischen Problemen litt. Er war schon ca. zwei Jahre zuvor in der gleichen Institution für einen Zeitraum von zwei Monaten behandelt worden. Damals standen ähnliche Probleme im Behandlungsfokus. Weiterhin wurden Auffälligkeiten in der Kommunikation innerhalb der Pflegefamilie angegeben. Paul suche einen exklusiven Kontakt zur Pflegemutter, führe dann Monologe und lege phrasenhafte Äußerungen an den Tag.

Paul kam nach einer Adoption im Säuglingsalter in eine Adoptivfamilie, in der ein kontinuierliches Anwachsen von Aggressionen gegenüber den Familienmitgliedern seit der Kindergartenzeit berichtet wurde. Im Vordergrund standen schulische Schwierigkeiten, die dazu führten, dass die Adoptivmutter sehr viel mit Paul lernte und es diesbezüglich häufig zu Konflikten kam. Im Alter von 13 Jahren war dann eine Lernbehinderung diagnostiziert worden und Paul wechselte auf eine Förderschule. Aufgrund der zunehmenden Eskalation der Konflikte wurde Paul dann im Alter von 15 Jahren in einer professionell arbeitenden Pflegefamilie untergebracht. Paul hatte noch einen anderthalb Jahre jüngeren Adoptivbruder, ein leibliches Kind seiner Adoptiveltern, sowie in seiner jetzigen Pflegefamilie drei weitere Pflegegeschwister im Alter von 7 bis 17 Jahren, der älteste ein Junge. In der Adoptivfamilie gab es erhebliche Konflikte zwischen der Adoptivmutter und deren Schwiegermutter, die die Erziehungshaltungen ihrer Schwiegertochter infrage stellte. Aufnahmeanlass war, dass die erste Behandlung von Paul und seinen Pflegeeltern als erfolgreich eingestuft worden war und sie eine „Auffrischung“ wünschten.

Fallvignette Katja: Bei Katja handelt es sich um eine im Laufe der Behandlung 18 Jahre alt gewordene Jugendliche, die seit ca. anderthalb Jahren unter erheblichen Gewichtsschwankungen bis zu 25 Kilogramm, seit vielen Jahren bestehenden chronischen Kopfschmerzen und einer Schilddrüsenüberfunktion litt. Ungefähr zwei Jahre vor Behandlungsbeginn war der

*Vater nach kurzer, schwerer Krebserkrankung verstorben. Zu diesem hatte Katja eine besonders enge Bindung. Katja lebt mit ihrem ein Jahr älteren Bruder und ihrer Mutter zusammen. Drei Schwestern zwischen 25 und 28 Jahren leben außer Haus, eine davon chronisch körperlich krank und eine weitere chronisch psychisch krank. Katja wurde, nachdem sie erst die Hauptschule besucht hatte, im Alter von 13 Jahren auf das Gymnasium umgeschult, dann ein Jahr später aufgrund von Leistungsdruck und Mobbing wieder auf die Hauptschule zurückgeschult. In der Zeit zwischen dem Vorstellungsgespräch und der Aufnahme hatte Katja darüber hinaus stationär augenärztlich behandelt werden müssen, nachdem sie sich nach eigenen Angaben aus Versehen anstelle von Augensalbe Sekundenkleber in die Augen appliziert hatte, so dass die Augenlider chirurgisch geöffnet werden mussten. Dieser Vorfall blieb allerdings ohne Folgen.*

### 6.3.2.2 Die Störungsmodelle bei Paul

#### Ausgangslage

In der Behandlung von Paul ergibt sich ein zentraler Ansatzpunkt aus dem Widerspruch seines internal-kontrollierbare Faktoren betonenden Störungsmodells zu dem Störungsmodell seiner Pflegeeltern, das internale aber unkontrollierbare Faktoren fokussiert und über weite Strecken vom Behandlungsteam übernommen worden war. So beschreibt Paul als Hintergrund für sein aggressives Verhalten in der Familie, dass er als sein Hauptproblem bezeichnet, dass er sich nicht mehr so viel von den Erwachsenen sagen lassen will (Vorstellungsgespräch 07.05.), dass er bewusst seine Geschwister provoziere und bewusst in seinem Zimmer lärme (Vorgespräch 29.06.). Die Pflegeeltern hingegen beschreiben als Hintergrund für Pauls Problematik Wahrnehmungsstörungen (Vorstellungsgespräch 07.05.), dass es ihm schwer falle, andere Sichtweisen zu übernehmen und er in Geldangelegenheiten Unterstützung brauchen würde (Vorstellungsgespräch 07.05.). Die weiteren Interaktionen während der Therapie bewegen sich in diesem Spannungsfeld, in dem Paul um Autonomie und eigene Autorschaft seiner Handlungen ringt und vehement gegen das Absprechen dieser ankämpft.

Passend zu dem Störungsmodell, dass Paul seine Verhaltensweisen, die er mit dem Wunsch verbindet, selbständiger zu sein und sich weniger von Erwachsenen sagen zu lassen (Vorstellungsgespräch 29.06.) kontrollieren kann, berichtet er von einem Symptommrückgang, was sein aggressives Verhalten in der Familie angeht (Aufnahmegespräch 28.07.), der von seiner Pflegemutter ebenfalls bestätigt wird (Elterngespräch 03.08.). Paul, der sich aktiv um die Therapie bemüht hatte, unterstreicht mit diesem Verhalten sein eigenes Störungsmodell.



Es handelt sich dabei um ein Störungsmodell, das eine Zweck-Mittel Relation und damit auch eine Intentionalität als Problemverhalten annimmt. Ein weiterer Aspekt, der ebenfalls zu diesem Störungsmodell passt bzw. eine Konsequenz daraus ist, ist die Tatsache, dass Paul den konsequenteren Umgang seiner Pflegemutter mit ihm (Einzeltherapie 02.10.) positiv beschreibt. Eine konsequente also erzieherische Reaktion auf sein Problemverhalten kann von Paul dabei als ein Hinweis auf eine positive Fähigkeitseinschätzung und damit als ein Beleg seines Störungsmodells einer internal-kontrollierbaren Sicht angesehen werden. Schwierig ist für Paul der Umgang mit dem Schulthema, das ja auch ein Therapieanlass gewesen war. Paul beschreibt einerseits ein gewisses Desinteresse, was die aktuelle Schulsituation angeht, gleichzeitig aber seinen Wunsch zu studieren (Einzeltherapie 29.07.). In diesem Wunsch betont Paul auch erneut die Fähigkeitsdimension, gleichzeitig ist bei ihm aber auch die Angst, die Schule nicht zu schaffen und nicht studieren zu können, präsent (Einzeltherapie 29.07.). Darin spiegelt sich letztendlich auch das Störungsmodell der Pflegeeltern und des Teams, das internale, nicht kontrollierbare Faktoren, nämlich eine geringe Begabung bzw. eine Lernbehinderung annimmt. Diese Angst kann als ein Beispiel dafür angesehen werden, dass neben der dominanten Störungsmodellperspektive von Paul auch die ausgeschlossene Perspektive einer internal-unkontrollierbaren Ursache für seine Problematik präsent ist.

Die Problemperspektive der Pflegeeltern wird nur wenig kommuniziert. Neben der schon beschriebenen Betonung internal-unkontrollierbarer Faktoren, was die Wahrnehmungsstörung und die Schwierigkeiten mit Geld umzugehen angeht, gibt es wenig Informationen, aus denen Störungsmodelle abgeleitet werden können. Dies könnte auch ein Hinweis auf eine gewisse Vorsicht im Umgang mit Paul sein. Dies führte u. a. auch das therapeutische Team zu der Annahme, dass die Pflegeeltern den Konflikt um die Konfrontation mit der Realität (Notiz 04.08.) an die Klinik weitergeben würden.

Die Problemperspektive des Teams ist über weite Strecken durch eine Einschätzung mangelnder Fähigkeit bzw. Lernbehinderung und eine Sicht der Selbstüberschätzung und damit im Zusammenhang stehender Selbstüberforderung von Paul gekennzeichnet. (Notiz 04.08., Einzeltherapie 29.07.). Hierin drückt sich der zentrale Konflikt zwischen Pauls Ringen um eine positive Fähigkeitseinschätzung seitens seiner Umwelt und der Perspektive eines unkontrollierbar-internal angesiedelten Fähigkeitsmangels für seine Problematik aus. So wird beschrieben, dass Paul vor den niedrigsten Anforderungen zurückschrecke und versuche, sein Versagen zu überdecken (Teamsitzung 27.08.), dass er ein heterogenes Begabungsprofil aufgrund einer alkoholbedingten Schädigung in der Schwangerschaft aufweise (Elterngespräch

27.08.) und dass es mehr um Trauerarbeit bezüglich des Akzeptierens seiner eigenen Begrenzungen gehen müsse (Elterngespräch 27.08.).

Neben diesem internal-unkontrollierbare Faktoren fokussierendem Störungsmodell wird aber auch eine interaktionelle Perspektive seitens des therapeutischen Teams eingeführt, die externe Ursachenfaktoren betont. So wird vermutet, dass Paul zwischen widersprüchlichen Aufträgen der Adoptiv-, Pflege- und Großmutter hin und herschwanke (Einzeltherapie 29.07.), dass die Beschäftigung mit dem Studium ein Auftrag der Großmutter sei (Einzeltherapie 03.08.), dass er mit dem Scheitern die Erwartungen der Großmutter einerseits bestätige, andererseits ihr aber auch das Gegenteil beweisen wolle (Einzeltherapie 03.08.) und dass er unter einem Loyalitätskonflikt im Bezug auf Adoptiv-, Pflege- und Großmutter leiden würde (Einzeltherapie 06.08.). Diese externalen familienbezogenen Faktoren werden allerdings mit dem Störungsmodell der internal-unkontrollierbaren Verursachung im Sinne einer niedrigen Fähigkeit in Bezug gesetzt. Dies z. B. in dem die Hypothese aufgestellt wird, dass es sich bei Pauls Verhalten um einen Selbstbetrug handeln würde, er sich überschätze und an den Bedürfnissen seiner Familie dabei orientiert sei (Einzeltherapie 06.08.). Das Verhalten wird dabei in Zusammenhang mit seiner Entwicklungsgeschichte gestellt, in der geäußert wird, dass er in seiner Familie nur durch Leistung akzeptiert worden sei und dass er ein ähnliches Schema auf seine Pflegefamilie anwende (Elterngespräch 31.08.). Es wird allerdings auch, was die Thematisierung dieser externalen Faktoren angeht, auf kognitive Faktoren hingewiesen, so z. B. indem infrage gestellt wird, wieviel von den Gesprächsinhalten wirklich bei Paul ankommt (Elterngespräch 06.09.) oder indem darauf hingewiesen wird, dass Paul durch die Beschäftigung mit seiner Herkunftsfamilie überfordert ist (Teamsitzung 16.09.).

Eine etwas andere Problemsicht zeigt die Lehrerin der Heimatschule, die ebenfalls von internalen aber weniger stabilen und auch mehr kontrollierbaren Faktoren ausgeht. So beschreibt sie, dass Paul seine Schwäche ausgleichen würde, indem er sich auf die Seite der Lehrer gegenüber seinen Mitschüler stellen würde (Telefonat 13.08.), beschreibt eine schwere Stellung in der Klasse durch ein arrogantes Verhalten (Konferenz 25.08.) und sieht im Gegensatz zu den Einschätzungen des Teams eine gewisse Leistungsfähigkeit von Paul.

### Die Entwicklung der Störungsmodelle im Behandlungsverlauf

Bei Paul ist der Ansatz einer Veränderung seines Störungsmodells in den einzeltherapeutischen Gesprächen am 06.08. und 28.08. zu erkennen. In diesen Gesprächen geht es auch um den Zusammenhang von Pauls Berufswünschen und den Wünschen seiner Familienange-

hörigen. Paul distanziert sich zum einen von der Sicht seiner Großmutter väterlicherseits, die eher ein Studium favorisiert und stellt sich hinter die Sicht der Adoptiveltern, die er als realistischer ansieht. Indirekt erkennt Paul damit auch die Rolle von externalen Faktoren, nämlich familiären Einflüssen auf sein Verhalten an. Im einzeltherapeutischen Gespräch vom 28.08. fragt sich Paul darüber hinaus, ob er unter Alkoholeinfluss wider Willen gezeugt worden sei.

Eine deutliche Veränderung im Therapieverlauf zeigt sich dann aber ca. drei Wochen später, als Paul zunehmend aggressiver in Bezug auf kritisches Feedback im Zusammenhang mit der Schule reagiert (Elterngespräch 21.09.), Situationen in denen ihm Hilfe angeboten wird aus dem Weg geht (Elterngespräch 21.09.) und es insgesamt zu einer Verhaltensveränderung kommt, die sogar zu der Befürchtung der Entwicklung einer Psychose Anlass gibt (Teamsitzung 16.09.). In dieser Situation findet eine deutliche Veränderung der Störungsmodellperspektive des Teams statt. Es wird vom therapeutischen Team die Gefahr gesehen, dass die Behandlung auch negative Effekte für Paul haben könnte und dass sie das Risiko beinhalten könnte, krank zu werden, wenn der Patient nicht wirklich krank sei (Teamsitzung 16.09.). Es wird darüber hinaus problematisiert, dass Paul durch das Stellen der Diagnose überhaupt pathologisiert werde und dass es möglicherweise eher um Persönlichkeitsentwicklung bzw. Identitätsentwicklung (Teamsitzung 16.09.) gehen könnte. Diese Perspektive trägt sich nun weiter durch, so dass in der Teamsitzung am 17.09. die Hypothese aufgestellt wird, dass Pauls Probleme erst durch die Behandlung entstehen würden und dass er nicht im eigentlichen Sinne krank sei, sondern eher einen Entwicklungsauftrag zeigen würde (Elterngespräch 21.09.).

Von dieser Veränderung der Störungsmodellperspektive sind gravierende kausale Faktoren betroffen. Die Annahme einer Entwicklungsperspektive bedeutet im Hinblick auf dispositionelle Merkmale, die ja stabil über die Zeit sind, einen deutlichen Widerspruch. Entwicklung ist ein veränderbarer Prozess, der in Wechselwirkung mit äußeren Anreizen geschieht, wie z.B. im Konzept der Entwicklungsaufgaben abgebildet (Havighurst, 1981). Neben der Tatsache, dass hier nicht stabile Faktoren als ursächlich angenommen werden, kommt im Widerspruch zum ursprünglichen Störungsmodell hinzu, dass nicht nur internale sondern auch externale Faktoren eine Rolle spielen. Auch die Kontrollierbarkeit, die Paul im ursprünglichen Störungsmodell abgesprochen worden war, ist hier mehr gegeben. Dieser Perspektivenwechsel kann von Paul auch als Anerkennung seines in seinen Störungsmodellen deutlich gewordenen Wunsches nach Autonomie verstanden werden. Paul hatte diesen Prozess u. a. damit ausgedrückt, dass er deutlich gemacht hatte, dass für ihn die Grenze der Kritik erreicht sei und er mehr auf seine Stärken achten wolle (Einzeltherapie 21.09.). Bei der Analyse der

Gesprächsmitschriften zeigt sich parallel zu diesem Veränderungsprozesses des Störungsmodells darüber hinaus ein Trend zum Symptommrückgang bzw. zu einer Entspannung der Situation. So wird von einem entspannteren, freundlicheren Verhalten, einem authentischeren Verhalten und weniger phrasenhaften Äußerungen (Einzeltherapie 21.09., 28.09.) berichtet. Auch die Konflikte mit dem Pflegebruder in der Familie hätten weiter abgenommen (Einzeltherapie 02.10.).

Als Hintergrund für die Auswirkung dieser Veränderung des Störungsmodells kann vermutet werden, dass sich in der Auseinandersetzung von Paul mit dem therapeutischen Team, ein Verhandlungsprozess um Autonomie, Selbständigkeit und Verantwortlichkeit ausgedrückt hat, in dem es um die Frage ging, ob internal-kontrollierbare oder internal-unkontrollierbare Faktoren ausschlaggebend sind, der typisch für Ablösungsprozesse von Jugendlichen ist und einen wichtigen Teil der Identitätsentwicklung darstellt (z. B. Grotevant & Cooper, 1985). Dieser Prozess hatte in der Familie nur unzureichend stattgefunden oder war blockiert, was u. a. an den eher seltenen störungsrelevanten Äußerungen der Pflegeeltern zu sehen ist.

### **6.3.2.3 Die Störungsmodelle bei Katja**

#### Ausgangslage

In der Behandlung von Katja zeigt sich ein gegenteiliger Prozess. Katja betont von Anfang an die Unkontrollierbarkeit ihrer Symptomatik, äußert schon im Vorstellungsgespräch (10.07.), dass sie diese nicht absichtlich herbeiführen würde und grenzt dies davon ab, dass andere ihr die Schuld daran geben würden. Katja betont also im Gegensatz zu Paul, ein Internalität und Unkontrollierbarkeit fokussierendes Störungsmodell, das allerdings von der Mutter, die z.B. äußert, dass Katja sich Sorgen um ihre kranke Schwester machen würde (Vorgespräch 31.07.) oder auch mit der Trauer um den Vater Probleme habe, um eine externe Verursachungsperspektive ergänzt wird. Noch stärker wird dieser zentrale Konflikt in den Interaktionen zwischen Katja und dem therapeutischen Team deutlich, das neben externalen Faktoren auch immer wieder die Frage der Kontrollierbarkeit der Symptomatik stellt, also interne Faktoren betont.

Während sich also bei Paul eine Konfliktlinie zwischen Kontrollierbarkeit und Unkontrollierbarkeit auf der internalen Seite der Verursachungszusammenhänge ergibt, finden sich bei Katja zwei Konfliktebenen, zum einen der Konflikt zwischen kontrollierbaren und unkontrollierbaren Ursachen auf der internalen Seite, zum anderen aber auch der Konflikt zwischen

internal-unkontrollierbaren und externalen Faktoren, denen Katja ebenfalls über weite Strecken widerspricht. Während Paul also um Kontrollierbarkeit seiner Problematik ringt bzw. diese Sicht geteilt wissen will, ringt Katja um Unkontrollierbarkeit ihrer Symptome und begibt sich damit in eine Position der Hilflosigkeit.

Katjas Störungsmodelle betonen Faktoren, die unkontrollierbar sind und ein Hilfe suchendes Verhalten nahelegen. Katjas größtes Problem seien die Gewichtsschwankungen, die sie nicht absichtlich herbeiführen würde, obwohl andere sagen würden, dass sie selbst Schuld sei (Vorstellungsgespräch 10.07.). Ebenso beschreibt sie im gleichen Gespräch in Bezug auf ihre Kopfschmerzen, dass diese jederzeit auftreten könnten, immer gleich seien und keine Auslöser hätten. Obwohl die Ärzte ihr sagen würden, dass die Probleme psychisch bedingt seien, sehe sie dies anders (Vorgespräch 31.07.). Sie distanziert sich von externalen Verursachungsfaktoren indem sie z. B. äußert, dass die Schule für sie nicht belastend sei. Ein ähnliches Muster zeigt sich, wenn Katja in Bezug auf Schlafstörungen äußert, dass sie nachts häufiger zur Toilette müsse, da sie unter Wassereinlagerungen in den Beinen leiden würde (Einzeltherapie 12.08.). Eine Ausnahme von diesem Störungsmodellmuster zeigt sich in Bezug auf das Derealisationserleben<sup>16</sup> von Katja, das angefangen habe, nachdem sie sich einer Augen-OP unterzogen habe und dabei eine Vollnarkose bekommen habe (Einzeltherapie 12.08.) und bezieht dabei auch ihre Gedächtnisprobleme auf diese Vollnarkose (Einzeltherapie 18.08.). Eine Gemeinsamkeit liegt allerdings darin, dass es sich ebenfalls um von ihr nicht kontrollierbare Faktoren handelt.

Die Problemperspektive der Mutter ist durch Störungsmodelle gekennzeichnet, die eher external-außerfamiliäre, aber auch innerfamiliäre Ursachen betonen. So beschreibt sie, dass die Schule oder der Lehrer zur Problematik beigetragen hätten (Vorstellungsgespräch 10.07.), dass Katja die Schule nicht mehr besuchen wolle (Vorstellungsgespräch 10.07.), dass sie sich Sorgen um die kranke Schwester machen würde und dass sie mit der Trauer um den Vater Probleme haben würde (Vorgespräch 31.07.). Der Bruder von Katja stellt einen Zusammenhang zum Druck in der Schule mit der Problematik her (Elterngespräch 14.09.).

In den Störungsmodellen des therapeutischen Teams wird immer wieder die Hypothese der Kontrollierbarkeit aufgestellt. Dies z. B. durch Äußerungen, wie, dass Katja demonstrativ leidend sei, dass sie sich durch das Neinsagen definieren würde, dass es sich um eine hysterieform überlagerte Symptomatik handeln würde (Vorstellungsgespräch 10.07.), dass sie mit Kopfschmerzen kokettieren würde (Teamsitzung 20.08.), dass es sich bei Katjas Verhalten

---

<sup>16</sup> Symptomatik, bei der die Umwelt als fremd wahrgenommen wird

um einen Kampf um Dominanz und Kontrolle handele (Einzeltherapie 25.08.), dass sie Hilflosigkeitssituation inszenieren würde (Teamsitzung 15.09.) oder auch, dass die Derealisationsphänomene in Bezug auf die Behandlung entstanden seien, da Katja sich vorgenommen habe, hier etwas zu klären, wo sie sonst nicht hinsehen wolle (Einzeltherapie 21.09.).

Es werden aber auch neben den internal-kontrollierbaren Faktoren externe Ursachen vom Team fokussiert. So z. B. in dem beschrieben wird, dass Katja Trauer über den Vater überlächle (Einzeltherapie 12.08.), dass die Derealisation sie vor schwierigen Dingen beschützen würde (Einzeltherapie 13.08.), dass es einen Familienstil gäbe, bei dem unliebsame Dinge abgespalten werden (Teamsitzung 20.08.) und eigene Bedürfnisse von Katja in der Familie zu kurz kämen (Einzeltherapie 25.08.). Darüber hinaus wird die Hypothese einer Parentifizierung, das Übernehmen von Familienaufgaben, die für Katja eine Überforderung darstellen, angenommen (Familiengespräch 27.08.). Hintergrund für die Störungsmodelle, die die Kontrollierbarkeit der Symptomatik seitens Katja betonen, die also eher von einem intentionalen bzw. zumindest steuerbaren Verhalten mit einem bestimmten Zweck oder Ziel ausgehen, ist dabei die Beobachtung des widersprüchlichen Verhaltens von Katja, so z. B. indem deutlich gemacht wird, dass sie zwar Hilfen abfragt, aber Schwierigkeiten hat, diese anzunehmen (Einzeltherapie 12.08.), dass sie Hilfen einerseits annimmt, diese aber dann im Gespräch entwertet (Teamsitzung 02.09.) oder auch dass sie Aufmerksamkeit, Schutz und Hilfe über ihre Symptome sucht, die sie dann aber ablehnen kann (Teamsitzung 29.09.). Das Hilfesuchen steht dabei mit der internal-unkontrollierbaren Perspektive in Verbindung, das Ablehnen von Hilfe eher mit einer Perspektive der Kontrollierbarkeit der Symptomatik, zumindest insofern, dass das Andauern der Symptomatik über das Ablehnen von Hilfe kontrolliert wird.

### Die Entwicklung der Störungsmodelle im Behandlungsverlauf

Auch bei Katja gab es Veränderungen im Verlauf der Kommunikation von Störungsmodellen, die Ähnlichkeiten aber auch Unterschiede aufweisen. Ähnlich wie Paul nimmt Katja ebenfalls das Störungsmodell einer externalen Ursachenperspektive, die sich auf familiäre Faktoren bezieht, zeitweise an. Dies geschieht vor allem, in dem Katja den Konflikt mit ihrer Mutter offen macht und versucht, sich mit der Mutter bezüglich ihrer eigenen Wünsche nach Versorgung und Bedürfnisbefriedigung auseinanderzusetzen. So ärgert sich Katja darüber, dass ihre Mutter nicht einsieht, dass sie und die Mutter nicht alleine zurecht kommen, fühlt sich im Bezug auf schulische Dinge und auch im Bezug auf die Ernährung vernachlässigt (Einzeltherapie 28.08.) und ärgert sich darüber, dass die Mutter ihrem Bruder Geld leihe

(Einzeltherapie 24.08.), um sich dann wieder Geld von Katja zu leihen. Parallel zu dieser Entwicklung zeigt Katja eine positive Symptomentwicklung, den Rückgang der Kopfschmerzen (Einzeltherapie 24.08.), sowie eine positive Entwicklung ihres Interaktionsverhaltens in der Einzeltherapie (Einzeltherapie 24.08.).

Dabei handelt es sich aber nur um kurzfristige Veränderungen, so dass im weiteren Verlauf der Eindruck beim therapeutischen Team entsteht, dass die Behandlung wenig fruchtet. Dies markiert einen weiteren Wendepunkt in der Veränderung der Störungsmodelle, diesmal beim therapeutischen Team. Anders als bei Paul, wo das infrage stellen einer Erkrankung bzw. Pathologie zu einer erhöhten Passung der Störungsmodelle und zu einer Anerkennung seiner Autonomiewünsche geführt hatte, erzeugt ein ähnlicher Wandel in den Störungsmodellen jetzt einen Konflikt mit dem zentralen Störungsmodell von Katja. So stellt das Team einerseits fest, dass die Behandlung nicht anschlägt, dass der Auftrag nicht transparent sei, dass Katja die Verantwortung für die Behandlung an das Team abgebe und dass sie eigentlich gesund sei und entlassen werden könne (Dreiergespräch 09.09.). Katja beschreibt in diesem Zusammenhang, dass sie hin- und hergerissen bezüglich ihres Behandlungswunsches sei. Bei Katja führte dieses konsequente Infragestellen ihrer Perspektive einer internalen, nicht kontrollierbaren Verursachung ihrer Probleme, also letztendlich der Krankheitsperspektive, zu einer drastischen Veränderung im Behandlungsverlauf und zu einer Bekräftigung ihres ursprünglichen Störungsmodells. So eröffnet Katja, dass sie bisher das Symptom der Selbstverletzung verschwiegen habe und dass diese Selbstverletzung, die sehr nebulös beschrieben wird, in Zusammenhang mit ihren Kopfschmerzen stehen könnte (Einzeltherapie 23.09.). Als ein weiteres Symptom präsentiert Katja Suizidgedanken, die schon seit mehreren Jahren bestehen würden. In diesem Zusammenhang fragt sie auch im Bezug auf die drastische Schilderung diverser Selbstverletzungen, ob sie „verrückt“ sei, was eine Zuspitzung der ursprünglichen Erkrankungsperspektive, die internal-unkontrollierbar ist, darstellt (Einzeltherapie 24.09.). In Ergänzung dazu stellt sie fest, dass ihre Befindlichkeit nichts mit ihrer Familie zu tun habe, sondern dass sie allein Schuld daran sei (Einzeltherapie 07.10.). Katja schafft es durch die Eröffnung der Symptomatik zum einen, ihrem ursprünglichen Störungsmodell, dass es sich um eine Erkrankung handelt, Gewicht zu verleihen, u. a. auch dadurch, dass sie Suizidalität anführt und Fragen der Gefahrenabwehr für Leib und Leben aufwirft, lässt aber auch etwas Raum für die Störungsmodellperspektive des therapeutischen Teams, die ja kontrollierbare Faktoren angenommen hatte, was ja bei Selbstverletzungen zumindest ansatzweise angenommen werden kann. Dabei wurde vom therapeutischen Team ebenfalls der intentionale

Aspekt dieser Symptomatik gesehen, in dem z. B. die Hypothese aufgestellt wurde, dass Suizidgedanken den Versuch darstellen könnten, Bindung zu erzeugen oder die Symptome von Katja angeboten würden, damit sie in der Klinik bleiben könne (Teamsitzung 29.09.). Diese Situation führte letztendlich dazu, dass Katja aufgrund vermuteter akuter Suizidalität mehrfach in der Erwachsenenpsychiatrie mit der Frage einer Krisenintervention vorgestellt werden musste und auch dort für einige Tage behandelt worden war.

Es wurde von Mutter und Tochter das Resümee zur Behandlung gezogen, dass die Behandlungsziele nicht erreicht worden seien und seitens des therapeutischen Teams deutlich gemacht, dass die Symptome sich immer dann verschlechtert hätten, wenn daran gearbeitet worden sei (Abschlussgespräch 21.10.).

### **6.3.2.4 Sozialpsychologische Aspekte**

#### Passung der Störungsmodelle, Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Bei Paul gibt es über weitere Strecken nur eine minimale Passung, die dann entstand, als er die Ideen zu Zusammenhängen seiner Problematik mit familiären Gegebenheiten wie z. B. Aufträgen und Wünschen übernommen hatte. Eine große Passung entstand schließlich, als die Störungsmodellperspektive des therapeutischen Teams sich von einem Pathologieverständnis hin zu einem Entwicklungsverständnis verschob.

Bei Katja war eine gewisse Passung über ihren Wunsch gegeben, Hilfe zu bekommen, der ja aus ihrer Störungsmodellperspektive einer von ihr nicht beeinflussbaren in ihr selbst liegenden Erkrankung entsprang. Diese Passung wurde aber sehr schnell durch das unterschiedliche Hilfeverständnis der Tagesklinik und Katja in Frage gestellt, letztendlich auch dadurch, dass Katja kaum bereit war, Hilfen tatsächlich anzunehmen. Als schließlich die Behandlung als solche vom therapeutischen Team hinterfragt wurde und auch die Diagnose eines pathologischen Prozesses zur Disposition gestellt wurde, war der Unterschied zum Störungsmodell von Katja maximal. Diese mangelnde Passung wurde durch Katjas neue Symptomatik, die ja noch stärker auf eine internal-unkontrollierbare Verursachungsperspektive abhob, verstärkt. Trotzdem war aber über das Mitteilen von Selbstverletzungen auch die Perspektive einer Kontrollierbarkeit präsent, ohne dass sie jedoch die mangelnde Passung relevant verändern konnte.



### Oszillation/Einheitlichkeit

Bei Paul waren die Störungsmodelle bis zu dem Wechsel des Modells des therapeutischen Teams sehr stabil.

Bei Katja gab es in der Widersprüchlichkeit der Störungsmodelle eine gewisse Oszillation zum einen zwischen Katjas Modell einer pathogenen unkontrollierbaren in ihr selbst liegenden Symptomatik und ihrer Weigerung Hilfe anzunehmen, die eher auf ein gegenteiliges Modell hinweist. Auch am Ende der Behandlung liegt diese Oszillation in dem Einräumen von Selbstverletzungen, die eine gewisse Kontrollierbarkeit implizieren und der mehrfach gemachten Äußerung, dass sie „verrückt“ sei.

### Bindung / Autonomie

Im Fall von Paul kann sein Störungsmodell als ein Ausdruck von Autonomiebestrebungen und sein Festhalten an dem Modell als ein Ausdruck des Kampfes darum angesehen werden. Der Bindungsbegriff dient in den Störungsmodellen des Teams auch als ein Hintergrund zur Erklärung des erschwerten Kommunikationsprozesses, der z. B. im Begriff „Misstrauen“ in Bezug auf Paul thematisiert wurde.

Bei Katja könnten die widersprüchlichen Verhaltensweisen, die in ihrem Störungsmodell zum Ausdruck kommen, die Tatsache, dass sie eine prototypische Hilfsituation schafft, diese Hilfe aber dann vollständig ablehnt, als ein Ausdruck einer ambivalenten Beziehungs- und Bindungsdynamik angesehen werden, in der sie am Ende ihre Autonomie beweist, indem sie das therapeutische Team hilflos macht.

### Freiheitsgrade

Im Fall von Paul unterscheidet sich sein Störungsmodell mit dem des therapeutischen Teams durch sehr unterschiedliche Freiheitsgrade. Während Paul für sich alle Möglichkeiten für seine Zukunft einschließlich eines Studiums offen hält, wird sein Verhaltensspielraum als begrenzt durch die mangelnde Fähigkeit angesehen. Allerdings wird diese Dichotomie im weiteren Verlauf der Behandlung vom therapeutischen Team mit dem Wechsel vom pathologischen zum Entwicklungsmodell verlassen, so dass hier mehr Verhaltensoptionen entstehen.

Bei Katja handelt es sich scheinbar um den umgekehrten Fall. Katjas Modell war ja durch die pathologische Störungsmodellperspektive und eine maximale Reduktion ihrer Verhaltensspielräume gekennzeichnet. Allerdings hatte Katja möglicherweise aus ihrer Sicht im-

mer noch die Option frei zu entscheiden, ob sie die Symptome weiter behält. Dies entweder weil sie sie intentional erzeugt hat oder auch einfach weil sie die Hilfe ablehnte.

### Kooperationsgrad

Es kann bei Paul festgestellt werden, dass im Gegensatz zur mangelnden Passung der Störungsmodelle über weite Strecken Kooperation, also die Mitarbeit, das im Dialog bleiben mit dem Team und das Suchen von Kontakt eher hoch war.

Bei Katja war genau das Gegenteil der Fall. Hier wurde immer wieder festgestellt, dass Katja wenig Bezug aufnimmt, wenig mit ihren Konflikten oder Problemen ins Gespräch kommt und eine generelle Neinsage-Tendenz aufweist. Auch die Mutter hatte Katja mit dem Entzug der Kooperation in der Therapie gedroht bzw. diese Kooperation war eigentlich nicht vollständig hergestellt.

### Interaktionale Sicht

Im Falle von Paul hatten die interaktionalen Hypothesen des Teams durchaus ihren Widerhall in einer Distanzierung von der Perspektive seiner Großmutter.

Katja lehnte interaktionale Hypothesen in den Störungsmodellen über weite Strecken explizit ab, möglicherweise auch, da sie eine gewisse Abhängigkeit implizierten, die ihr möglicherweise Angst gemacht hat.

### Die Perspektive der Reaktanzforschung

Die Sicht einer mangelnden Begabung im Sinne einer Lernbehinderung stellt für Paul eine internale, stabile und globale Verursachungsperspektive dar, die für ihn unkontrollierbar ist, was ebenso für die Perspektive der Pflegeeltern, das Wahrnehmungsprobleme Schuld an der Problematik seien, gilt. Hiermit sind seine Handlungsspielräume massiv reduziert und damit Bedingungen, die Reaktanz fördern, vorhanden (Miron & Brehm, 2006). Darauf reagiert Paul mit Aggression und versucht sich auch inkonsistent mit der im Störungsmodell implizierten Verhaltensvorhersage zu verhalten. Dies z. B., indem er explizit an dem Wunsch zu studieren festhielt oder beweisen wollte, dass er doch schaffen kann, was ihm abgesprochen wurde. Eine gewisse Konformitätstendenz (Dickenberger et al., 1993) greift im Fall der Angleichung der Störungsmodelle, was die interaktionellen Hypothesen angeht, so z. B., als er sich von der Sicht der Großmutter distanziert. Dass die interaktionellen Hypothesen, was Pauls Beeinflussung durch Aufträge der Familie angeht, eher wenig Widerhall hatten, trotz-

dem er sie zeitweise aufgenommen hatte, könnte u. a. auch daran liegen, dass die damit implizierte Manipulation Pauls ebenfalls Reaktanz auslöst (Gibbons et al., 2004). Entsprechend den Befunden aus dem Drogenpräventionsprogramm DARE (Brown, 2001, zit. nach Gibbons et al., 2004) besteht Paul auf der Sicht, dass er sich freiwillig aggressiv verhält, also bevorzugt eine interne Attribution. Auch die gute Beziehung (s. Kooperation) zwischen Paul und dem therapeutischen Team, insbesondere zu seiner Bezugsperson, könnte zu einer Verstärkung der Reaktanz beigetragen haben (Brehm, 1976). Darüber hinaus war die Dichotomie zwischen lernbehindert und normalbegabt, die von Anfang an in den Störungsmodellinteraktionen als Thema organisierend präsent war, eine Gefahr für die Ausbildung von Reaktanz (Brehm, 1976).

Bei Katja, die möglicherweise durch ihre Vorerfahrungen eine besondere Sensibilität, was die Bedrohung von Handlungsspielräumen angeht, aufwies, sind Reaktanztendenzen zum einen in ihrer generellen Neinsage-Tendenz zu finden, zum anderen erzeugte jede Verursachungshypothese Widerstand bei ihr. Auch die Beschreibung von Katja, dass ihr nichts helfen würde, was ihr in der Therapie angeboten wurde, kann als ein Ausdruck ihrer Reaktanz gewertet werden, da ja Hilfe als eine Bedrohung der Verhaltensoptionen, Symptome zu zeigen, angesehen werden kann. Eine alternative Sicht ist darüber hinaus noch, dass Katja in besonderem Maße Reaktanz erlebte, weil sie ihr symptomatisches Verhalten als gewählt erlebte und damit die Reaktanztendenz über die Konformitätstendenz siegt (Dickenberger et al., 1993). In dieser Logik hätte Katja mehr von einer paradoxen Intervention profitiert, so wie es die Forschungsergebnisse von Shoham et al. (2004) nahelegen. Bumerangeffekte, was die Interventionen angeht (Brehm, 1976), sind auch in der Behandlung von Katja zu finden, wenn z. B. im Abschlussgespräch das Resümee gezogen wird, dass Symptome sich immer dann verstärkt haben, wenn an ihnen gearbeitet wurde.

### Die Perspektive der Dissonanzforschung

Die Dissonanz, die durch die Kommunikationen des therapeutischen Teams vor dem Hintergrund von Pauls Störungsmodellperspektive entstand, dürfte bis zum Wechsel hin zur entwicklungsorientierten Sicht sehr hoch gewesen sein. Dies vor allem auch vor dem Hintergrund dessen, dass viele andere Kognitionen mit Pauls Sicht, studieren zu können, verbunden waren, die allesamt höchst selbstwertrelevant waren (Frey & Gaska, 1993). Es kann darüber hinaus auf beiden Seiten von einer selektiven Suche nach Informationen ausgegangen werden, da es sich um eine sehr polarisierte Sicht handelte.

Auch bei Katja dürfte die Dissonanz zwischen ihren Haltungen und den Kommunikationen des Teams sehr groß gewesen sein. Vor dem Hintergrund, dass Katja sich möglicherweise ein doch höheren Verhaltensspielraum als von ihr angegeben für ihre Symptomatik bewahrt hat, können die symptomatischen Verhaltensweisen auch als Verhalten, dass mit einer hohen Selbstverpflichtung verbunden ist, verstanden werden (Brehm, 1976). Ein einstellungswidriges, positives Verhalten im Sinne einer forcierten Einwilligung (Frey & Gaska, 1993) konnte zu keinem Zeitpunkt von Seiten des therapeutischen Teams erzeugt werden.

### Die Perspektive der Forschung zur Attribution

Bei Paul wurden vorwiegend dispositionale Attributionen vorgenommen, die durch einen niedrigen Konsensus, eine hohe Konsistenz und niedrige Distinktheit gekennzeichnet sind (Kelley, 1967). Dabei bedeutete der Wechsel zum Entwicklungsmodell seitens des therapeutischen Teams eine Veränderung der Attributionsstruktur hin zu einer niedrigeren Konsistenz, also Veränderbarkeit. Pauls Attributionen zeichneten sich von Anfang an zwar durch einen internalen Verursachungsort, allerdings auch durch eine niedrige Konsistenz aus, die mit einer stärkeren Kontrollierbarkeit in Verbindung steht. Bei Katja handelt es sich um typisch dispositionale Attributionen. Auf Seiten des Teams spielen eher existenzielle Attributionen eine Rolle, da immer wieder auch gefragt wurde, wozu die Symptomatik bei Katja dient (Rudolph & Steins, 1998).

### Die attributionale Perspektive

Bei Paul handelt es sich im Falle der Sicht der Lernbehinderung und mangelnder Fähigkeit um eine unkontrollierbar-interne Ursache, was von Paul vehement abgelehnt wurde und einen zentralen Konflikt in der Behandlung darstellte. Mit dem Wechsel hin von einem pathologischen zu einem Entwicklungsmodell wurde allerdings diese Kontrollierbarkeit stärker gesehen und damit Pauls Wunsch nach Autonomie mehr entsprochen. Zu dieser Sicht passt auch, dass Paul es sehr positiv bewertete, dass die Pflegemutter konsequenter geworden war, also ihn mehr sanktionierte, was ebenfalls die Attribution der Kontrollierbarkeit auf Seiten Pauls nahelegt (Weiner, 2006). Ähnlich wie Eltern, die einen positiven Therapieverlauf erleben (Corcoran & Ivery, 2004), sah auch das Team nach der Wende zum Entwicklungsmodell mehr spezifische und vorübergehende Gründe für das Problemverhalten von Paul.

Katja betonte von Anfang an immer wieder die unkontrollierbar-interne Verursachungsperspektive, dies möglicherweise, um einer Verantwortungszuschreibung im Sinne

eines negativen Gefühlsausdrucks<sup>17</sup> (Barrowclough et al., 1994) aus dem Weg zu gehen, der nach dem Modell von Weiner (2006) folgen würde. Interessant ist dabei, dass es sich um prototypische Hoffnungslosigkeitsbedingungen handelt, in denen Eigenschaften als stabil, global und wichtig wahrgenommen werden und eine negative Auswirkung haben (Abramson et al., 1978). Dies könnte mit der Einschätzung, dass Reaktanz vorliegt, im Widerspruch stehen. Die Beurteilung in die eine oder andere Richtung steht und fällt mit der Frage, ob Katja selber bei sich mehr Kontrollierbarkeit der Symptomatik sieht, als sie nach außen darstellt. Auf die Rolle der wahrgenommenen Kontrollierbarkeit als Moderator für das Entstehen von Reaktanz oder Hilflosigkeit hatten Wortman und Brehm (1975) hingewiesen.

#### Die Perspektive der Hypothesentheorie der Wahrnehmung unter Berücksichtigung der Forschungsergebnisse zur Verhaltensbestätigung

Bei Katja kann angenommen werden, dass das Team vor dem Hintergrund ihres starken Leidensdrucks besonders motiviert war, sich einen objektiven Eindruck von ihrer Symptomatik zu bilden und damit besonders empfänglich für Effekte der Verhaltensbestätigung<sup>18</sup> (Snyder & Haugen, 1994, 1995) war. Das Entstehen immer neuer Symptome während der Behandlung bei Katja könnte ein Hinweis auf eine solche Form sich selbst erfüllender Prophezeiung sein, da das therapeutische Team von Anfang an die starke Hypothese hatte, dass Katja ein Opfer ihrer familiären Umstände war.

Die Rolle sozialer Vergleichsprozesse blieb unklar.

### **6.3.3 Fallvergleich 3**

#### **6.3.3.1 Fallvignetten**

*Fallvignette Simon:* Bei Simon handelt es sich um einen elfjährigen Jungen, der seit Beginn des Schuljahres die Realschule besucht und dort eine zunehmende Angstsymptomatik entwickelt hat, aufgrund derer er seit mehreren Wochen nicht mehr am Unterricht teilnehmen konnte. Simon hatte angegeben, vor dem Schulbesuch unter Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und Durchfall zu leiden. Neben der Schulangst, die er u. a. damit begründete, dass er in den Pausen auf dem großen Schulgelände seine Klassenkameradinnen nicht finden würde und Angst vor Schlägereien haben würde, zeigte Simon auch innerhalb der Familie Auffälligkeiten, die darin bestanden, dass er sich von seinem Vater und seinem Bruder vernachlässigt

---

<sup>17</sup> Übersetzung des Begriffs "expressed emotions"

<sup>18</sup> Übersetzung des Begriffs "behavioral confirmation"

*fühlte und aversiv auf Nähe, die die anderen Familienmitglieder miteinander austauschten, reagierte. Die Familie lebt mit der Großmutter mütterlicherseits in einem Haus zusammen, mit der es zwischen ihr und der Mutter aber auch zwischen ihr und Simon erhebliche Konflikte gibt. Thema dieser Konflikte ist die Erziehungshaltung der Eltern Simon gegenüber, sowie seine Schulverweigerung. In der gleichen Wohnung mit den Eltern und Simon wohnt auch der sieben Jahre ältere Bruder von Simon.*

Fallvignette Ben: *Bei Ben handelt es sich ebenfalls um einen elfjährigen Jungen, der seit dem Kleinkindalter in einer Pflegefamilie lebt, in seiner Herkunftsfamilie Vernachlässigungserfahrungen machen müssen und regelmäßige Besuchskontakte zu seiner Mutter unterhält, die viele Jahre lang erfolglos darum gekämpft hatte, Ben wieder zu sich zu nehmen. Ben wurde aufgrund einer Aufmerksamkeitsstörung sowie einem lang anhaltenden, teilweise mehrere Stunden andauernden Weinen in Begrenzungssituationen oder auch in Anforderungssituationen kinder- und jugendpsychiatrisch vorgestellt. Es wurden darüber hinaus Schwierigkeiten mit Mitschülern angegeben, von denen er sich geärgert fühlte. Ben besuchte aufgrund einer diagnostizierten Lernbehinderung die Förderschule, in der er sich nur schlecht konzentrieren konnte, schlechte Leistungen zeigte und auch erhebliche Schwierigkeiten bei der Durchführung von Hausaufgaben hatte. Ben zeigte darüber hinaus ein aggressives Verhalten, aus dem heraus er seinen gleichaltrigen Pflegebruder, der geistig behindert ist, provozierte und ärgerte. Ben lebt mit seinen Pflegeeltern sowie mehreren Pflegekindern zusammen. Von diesen wurden einige im Rahmen der Bereitschaftspflege aufgenommen und verbrachten teilweise nur mehrere Monate in der Familie. Zum Zeitpunkt der Aufnahme war dies ein ca. zweijähriges Mädchen und im Laufe der Behandlung kam ein weiterer Säugling dazu. Ben litt an einer organischen Einschränkung, die allerdings zum Behandlungszeitpunkt keine körperlichen Begrenzungen mit sich brachte.*

### 6.3.3.2 Die Störungsmodelle bei Simon

#### Zentraler Konflikt

Bei Simon ist im gesamten Behandlungsverlauf die Beziehung zwischen ihm und seiner Mutter im Fokus. Die Verteilung der Störungsmodelle bzw. störungsmodellrelevanten Äußerungen zeigt deutlich ein Übergewicht der Mutter, die insgesamt in der Behandlung deutlich präsenter gewesen war. Dabei spielen von Anfang an externale Verursachungshypothesen, die sich auf die eigene Familie beziehen, eine Rolle, die dann im Laufe der Behand-

lung weiter ausdifferenziert werden. Es handelt sich um einen kontinuierlichen Behandlungsverlauf ohne klare Brüche oder Wendepunkte. Die Kommunikation rund um die Störungsmodelle ist am ehesten als ein langsamer Entwicklungsprozess und nicht so sehr als ein durch plötzliche Veränderungen gekennzeichnete Prozess zu verstehen. Ein Konflikt, was die Störungsmodelle von Simon und seiner Mutter angeht ist nicht zu erkennen, eher findet eine Auseinandersetzung zwischen dem Team und der Mutter statt. Diese kann im Laufe der Behandlung zunehmend mehr ein Störungsmodell akzeptieren, das auch eigenes Verhalten im Sinne einer interaktionalen Sicht einbezieht. So kann sie aus ihrer Perspektive zunehmend external-kontrollierbare Verursachungsfaktoren für das Verhalten ihres Kindes akzeptieren, gleichzeitig aber auch aus seiner Sicht internale Faktoren mit einbeziehen, die ihm Handlungsspielräume eröffnen. Dabei bleibt aber ein zentraler Konflikt zwischen der Sicht der Mutter und der des Vaters, der eine Parallele zur Psychose eines Familienmitgliedes zieht, unaufgelöst, da der Vater eher wenig mit dem Behandlungsprozess kooperiert.

#### Die Problemperspektive von Simon

Simon stellt in seinen störungsmodellrelevanten Äußerungen die Schule als Auslöser seiner Problematik, also eine externale Verursachungsperspektive, stark in den Vordergrund, indem er mitteilt, dass er in den Pausen Angst habe, da er seine Klassenkameraden nur schwer finden würde (Vorstellungsgespräch 25.02.), aber auch das Vertrauen in die Lehrerinnen fehle, ihn im Falle einer Schlägerei beschützen zu können. Weiterhin dominiert in den Störungsmodelläußerungen von Simon eine Beschwerdehaltung gegenüber der Familie, von der er sich manchmal unverstanden fühle (Vorstellungsgespräch 25.02.) und wünscht sich, dass Vater und Bruder mehr Zeit für ihn hätten. Dabei handelt es sich allerdings nicht um sehr konkrete kausale Störungsmodelläußerungen, sondern eher um allgemeine Belastungsbeschreibungen, die Simon nach diesbezüglichen Fragen abgibt. Ähnlich verhält es sich mit den von Simon beschriebenen familiären Konflikten, z.B. mit der Großmutter mütterlicherseits, die nicht verstehen würde, dass er Schulprobleme hat und von den Eltern verlange, dass sie ihn einfach zur Schule schicken (Einzeltherapie 24.3). Simon beschreibt aber auch, dass die Eltern sich oft über die teilstationäre Behandlung streiten würden (Einzeltherapie 12.04.) und er diesbezüglich Angst habe, dass sie sich deswegen trennen könnten (Einzeltherapie 12.04.).

#### Die Problemperspektive von Simons Mutter

Simons Mutter eröffnet schon zu Behandlungsbeginn den Raum für externale Verur-

sachungshypothesen im Sinne von familiären Faktoren. So beschreibt sie, dass Simon unter Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und Durchfall leide, ohne dass es einen körperlichen Befund gebe und beschreibt als Hintergrundinformation, dass Simon geäußert habe, dass er sich unverstanden fühle, bietet als möglichen Auslöser für die Problematik von Simon an, dass er Konflikte mit seinem 18-jährigen Bruder habe (Vorstellungsgespräch 25.02.) und erklärt, dass ihr Mann eher schwach sei, dass er von ihr eher unterstützt werden müsse und dass dies schon immer so gewesen sei (Elterngespräch 14.04.).

### Die Problemperspektive von Simons Vater

Der Vater, der nur an wenigen Gesprächen teilgenommen hatte, zeigt in den seltenen Äußerungen Hinweise auf ein Störungsmodell, das internale Faktoren hervorhebt. So bringt er im Rahmen einer Diskussion über die Entwicklung der Symptomatik seines Sohnes das Beispiel seines an einer schizophrenen Psychose leidenden Bruders, dessen Erkrankung ganz plötzlich ausgebrochen sei, ohne dass überhaupt jemand einen Grund dafür angeben könnte (Elterngespräch 3.05.). Er zeigt allerdings auch Hinweise auf die Berücksichtigung externer Faktoren, indem er mitteilt, dass er als erster geglaubt habe, dass die Problematik seines Sohnes etwas mit der Schule zu tun habe (Familiengespräch 22.04.), oder auch, dass die Erkrankung mit einer Klassenfahrt am Anfang der fünften Klasse zu tun habe (Elterngespräch 3.05.).

### Die Problemperspektive des therapeutischen Teams bei Simon

In den störungsmodellrelevanten Äußerungen des Teams wurden von Anfang an externe familiäre Faktoren hervorgehoben. Es wurde allgemein formuliert, dass es eine emotionale Problematik gebe, die in der Eltern-Kind Beziehung verwurzelt sei (Teamsitzung 18.03.), dass es ein Muster an Zweierbeziehungen in der Familie gebe, aus denen dann die anderen ausgeschlossen seien und in diesem Zusammenhang auch, dass es der Mutter aufgrund dieses Musters schwer fallen könnte, dass Simon sich in der Tagesklinik wohl fühlt. In Bezug auf die Schilderung, dass Simon sehr sensibel auf die Intimität von anderen Familienmitgliedern reagiere und sich dann ausgeschlossen fühle, wird die Frage aufgeworfen, inwieweit es sich dabei um ein Muster handelt, das auch bei den anderen Familienmitgliedern präsent sein könnte (Teamsitzung 18.03.). Neben diesen allgemeineren familienbezogenen Hypothesen werden auch konkretere, auf das Mutter-Sohn Verhältnis bezogene, Hypothesen geäußert, z. B. dass die Mutter Simon für die Befriedigung ihrer Bedürfnisse instrumentalisieren könnte (Elterngespräch 14.04.). Weitere Aspekte der Störungsmodelle des therapeutischen



Teams zeigen sich in den Äußerungen, dass die Schwierigkeit von Simon, sich von den Familienmitgliedern zu trennen, auf sehr enge positive Familienverhältnisse zurück geht (Familiengespräch 18.05.), aber auch, dass Simon eigene Traumatisierungen der Eltern spüre, die er stellvertretend in seinem Verhalten umsetzen würde (Familiengespräch 18.05.). Allerdings gibt es auch eine Perspektive im Team, die internale Faktoren fokussiert. So z. B. in den Beschreibungen, dass Simon sich in der Mitpatientinnengruppe wenig sozial verhalten würde (Schulbesprechung 25.03.) und dass dieses Verhalten identitätsstiftend sei, da er behauptet habe, er wolle Anwalt werden, weil er so gut lügen könne. Als ein weiteres mehr ihm zuzurechnendes Verhalten wird genannt, dass eine typische Situation sei, wenn sich Simon bei seiner Mutter über irgendetwas in der Tagesklinik beschwere ohne das aber dort zu kommunizieren (Elterngespräch 28.04.).

#### Die Problemperspektive der Schule bei Simon

Die Äußerungen seitens der Schule beinhalten Störungsmodelle, die internale Faktoren fokussieren. So wird die Schulangst mit der Erfahrung einer mangelnden Leistungsfähigkeit, die aus einem geringen Instruktionsverständnis, sowie wenig Abstraktionsfähigkeit und unselbständigem Arbeiten herrühre, in Verbindung gebracht (Rückmeldung aus der Schule, 29.04.).

#### Die Entwicklung der Störungsmodelle im Behandlungsverlauf

Die Störungsmodelle der Beteiligten differenzieren sich im Therapieverlauf um drei Themen herum aus: Die Rolle des Vaters, der Mehrgenerationenkonflikt und die Selbständigkeit von Simon. Nachdem die Mutter schon im Vorfeld (Elterngespräch 14.04.) die Schwäche des Vaters herausgestellt hatte, stellt sie nun eine konkrete Verbindung zwischen dem Verhalten ihres Mannes und der Problematik von Simon her. Sie äußert, dass Simon aus diesem Grund Schwierigkeiten haben könnte, die sichere Wohnung zu verlassen, da er im Vater ein negatives Vorbild haben würde (Elterngespräch 19.04.). Im Team wird darauf mit der Vermutung einer latenten Aggression der Mutter gegenüber dem Vater, also einem Paarkonfliktthema reagiert (Elterngespräch 19.04.). Darüber hinaus hatte auch ein Familienmitglied geäußert (Familiengespräch 22.04.), dass Simon Ähnlichkeiten mit seinem Vater im Bezug auf seine Sensibilität bei Konflikten aufweise. Im Team entstand weiter der Eindruck, dass der Vater keine Lebendigkeit zeigen würde, dass er geplagt durch einen Krankenschein wirke und seine Rolle nicht positiv füllen könne (Teamsitzung 6.05.). Weiterhin wird die Problematik und das

Verhalten des Vaters im Team kausal verbunden, indem geäußert wird, dass der Vater als Vorbild für Simon wichtig sei und ihn morgens unterstützen sollte.

Beim Thema der Rolle des Vaters gibt es keinerlei Entwicklung in den Störungsmodellen. Der Mehrgenerationenkonflikt wird thematisch vom Team fokussiert, welches die Hypothese aufstellt, dass die Rollen vertauscht seien und die Großmutter Erziehungsverantwortung habe, die Mutter und der Vater aber Simon gegen die Großmutter in Schutz nehmen würden und Simon für die Mutter einen Konflikt mit der Großmutter ausfechten würde (Familiengespräch 22.04.). Später berichtete Simon dann, dass er sich, nachdem er den Kontakt mit der Oma eher vermieden hätte, sich ihr jetzt wieder angenähert habe und sich besser mit ihr verstehen würde (Einzeltherapie 10.05.). Allerdings wird diesen Hypothesen von der Mutter widersprochen, die deutlich macht, dass sie selber eigentlich keinen großen Konflikt mit ihrer Mutter haben würde (Elterngespräch 28.04.). Auch in diesem Thema gibt es im Laufe der Therapie keinerlei Entwicklung. Anders beim Thema der Selbstständigkeit von Simon. Auch Simons Verhalten wird ähnlich wie das von Ben in bindungstheoretischen Begriffen analysiert. Dabei wird der Wechsel von Bindungs- und Explorationsverhalten im Zusammenhang mit der Problematik herausgestellt (Elterngespräch 19.04.). Im Rahmen eines Konflikts des therapeutischen Teams mit der Mutter, der dadurch entstanden war, dass sich Simon über ein abwertendes bzw. ablehnendes Verhalten seitens der therapeutischen Mitarbeitern ihm gegenüber beschwert hatte, kam eine Auseinandersetzung um die Frage der Selbstständigkeit von Simon in Gang. In diesem Rahmen wurde vom Team die Hypothese aufgestellt, dass die Mutter hin- und hergerissen zwischen ihrer emotionalen Sicht sei, bei der sie Simon wie eine Löwin verteidigen würde und der Einsicht, dass dies eher das Problem aufrecht erhalte und ihn unselbständig mache (Teamsitzung 20.04.). Auch die Großmutter thematisierte diese Problematik in einem Familiengespräch, als sie äußerte, dass sie glaube, die Eltern hätten Simon viel abgenommen (Familiengespräch 22.04.). Hier findet bei der Mutter eine deutliche Entwicklung statt. So äußerte sie im Elterngespräch am 28.04., dass sie bei Problemen Simon nicht alles abnehmen würde, sondern ihn jetzt auch „machen lassen“ würde und äußert sich hoch ambivalent in Bezug auf ihre eigene Rolle dabei. So beschreibt sie einerseits, sich Vorwürfe zu machen, zu sehr versucht zu haben, Simon zu Selbstständigkeit zu erziehen, nachdem er auf die Realschule gewechselt sei (Elterngespräch 3.05.) sowie dass es für sie eine Gewissheit sei, dass sie damit seine Erkrankung mit ausgelöst habe (Elterngespräch 3.05.).

Gleichzeitig beschreibt sie aber auch, dass das lange Warten auf die Schwangerschaft für sie eine irritierende Erfahrung gewesen sei und sie Simon möglicherweise deswegen be-

sonders behütet habe (Elterngespräch 27.05.). An der gleichen Stelle äußert sie, dass es sein könne, dass Simon seine Trennungsprobleme habe, da sie alle sehr eng miteinander seien. Die Idee, mehr Anforderungen an Simon zu stellen wird u. a. daran deutlich, dass es aus ihrer Sicht nicht glaubhaft sei, wenn Simon seine Mitschülerinnen nicht auf dem Schulhof finden würde, dies zwar nur zitierend, trotzdem aber sich offensichtlich auch zu eigen machend (Elterngespräch 27.05.). Auch die Tatsache, dass sie beschreibt, wütend zu werden, wenn Simon nach einem schönen Tag beim ins Bett gehen aufgrund des anstehenden Schulbesuchs anfangen würde zu weinen (Elterngespräch 27.05.), weist auf eine positivere Fähigkeitseinschätzung, sowie auf die Annahme der Kontrollierbarkeit des Problems hin, was eine Voraussetzung für mehr Zutrauen von Selbständigkeit darstellt.

### **6.3.3.3 Die Störungsmodelle bei Ben**

#### Zentraler Konflikt

Auch bei Ben, der allerdings andere Ausgangsbedingungen als Simon hat, weniger behütet aufgewachsen war und darüber hinaus unter einer diagnostizierten Lernbehinderung und schweren körperlichen Erkrankungen litt, ist ein ähnlicher Verlauf der Kommunikation in Zusammenhang mit den Störungsmodellen zu finden. Auch hier gibt es einen langsamen Entwicklungsprozess, der allerdings konflikthafter verläuft. Die Kommunikation zu den Störungsmodellen und auch der Konflikt hierzu findet hauptsächlich zwischen der Pflegemutter und dem Team statt. Auch in diesem System ist der Vater randständig, allerdings weniger entwertet als im Fall von Simon. Im Unterschied zu Simon stehen aber bei Ben von Anfang an aufgrund seiner Vorgeschichte internale Faktoren in den Störungsmodellen im Vordergrund. Dieses ist zum einen a priori über die ADHS<sup>19</sup>-Diagnose gegeben, zum anderen aber auch schon durch die schwierige Biographie von Ben in den Störungsmodellen anschlussfähig. Im Unterschied zu Simon wird eine externale Störungsmodellperspektive, die auch auf die Familie abhebt, erst vom Behandlungsteam eingebracht. Zwar hat auch die Pflegemutter eine externale Verursachungsperspektive, wenn sie beschreibt, dass Ben durch das Verhalten der leiblichen Mutter traumatisiert ist, diese entpuppt sich aber als eine internale Verursachungsperspektive, da letztendlich Ben der Träger der Traumatisierung ist und damit sein Problem durch internale Verursachungsfaktoren gesteuert wird. Auch bei Ben findet eine langsame Entwicklung in den Kommunikationen rund um die Störungsmodelle statt, in der

---

<sup>19</sup> Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom

die Pflegemutter etwas mehr in der Lage ist, die Bindungsbedürfnisse von Ben anzuerkennen, ohne aber klare Konsequenzen für ihr Verhalten daraus zu ziehen.

Sowohl bei Simon als auch bei Ben findet eine schnelle Symptomreduktion statt, die ebenfalls wie die Kommunikation rund um die Störungsmodelle am ehesten mit einer kontinuierlichen Entwicklung zu beschreiben ist. Sowohl Simon als auch Ben gelingt es am Ende der Therapie zum einen, regelmäßig die Schule zu besuchen, zum anderen aber auch deutliche Verhaltensänderungen im Rahmen des Schulbesuchs und auch im familiären Rahmen zu zeigen. Obwohl die Symptomatiken von Simon und Ben vergleichbar sind, beide beinhalten Auffälligkeiten im Rahmen des Schulbesuchs und auch im Rahmen der Familie, so scheint bei Simon eher eine internalisierende Problematik zu finden zu sein, die durch einen Mangel gekennzeichnet ist und bei Ben eine externalisierende Problematik, die durch einen Verhaltensüberschuss gekennzeichnet ist.

### Die Problemperspektive von Ben

Auch Bens Problemperspektive stellt externe Verursachungsfaktoren für seine Problematik in den Vordergrund. So beschreibt er, dass er in der Schule ständig weinen müsse, weil er so viel geärgert werde und zuhause weinen müsse, wenn er sich über seine Pflegemutter ärgere (Vorstellungsgespräch 21.04.). Ben beschreibt auch, dass er Spielsachen und Papier zerschneiden würde, im Unterricht störe und nur wenig verstehen und langsam mitkommen würde, ohne dies aber mit einem spezifischen Störungsmodell in Zusammenhang zu bringen. Sowohl Simons als auch Bens Äußerungen enthalten überhaupt wenig konkrete Störungsmodelle im Sinne von kausalen Verursachungshypothesen.

### Die Problemperspektive von Bens Pflegemutter

Die Problemperspektive der Pflegemutter von Ben beinhaltet eher interne Verursachungshypothesen. So beschreibt die Pflegemutter im Vorstellungsgespräch am 21.04., dass sich Ben sehr auffällig verhalte, seitdem er keine ADHS-Medikation mehr bekäme und dass er bei den geringsten Anlässen heftig und intensiv anfangen zu weinen, kaum Kontakt zu anderen Mitschülern aufnehmen und den Unterricht stören würde. Weiterhin erklärt sie, dass Ben, sobald er sich innerlich aufrege, beginne, alles zu zerreißen (Vorstellungsgespräch 21.04.). Unter dem Stichwort der Nichtverarbeitung des Mutterthemas beschreibt die Pflegemutter den Einfluss von Bens schwieriger Biographie und seinen Vernachlässigungserfahrungen auf ihn

(Elterngespräch 27.10), womit sie mit der Betonung auf „Nichtverarbeitung“ ebenfalls eine interne Verursachungsperspektive einführt.

#### Die Problemperspektive von Bens Pflegevater

Auch der Pflegevater von Ben nahm berufsbedingt nur an wenigen Gesprächen teil und stimmt in den wenigen störungsmodellbezogenen Äußerungen der von einem Mitglied des therapeutischen Teams geäußerten Vermutung zu, dass Ben über sehr viel Plappern Kontakt zu ihm suchen würde, wenn er anderweitig beschäftigt sei (Familiengespräch 29.10). An anderer Stelle bringt er die Idee ein, dass Ben viel reden würde, wenn er sich gut fühlen würde (Familiengespräch 29.10). Er könne sich auch vorstellen, dass Ben sich des Kontakts zu seinen Bezugspersonen in Folge der Besuchskontakte zu den leiblichen Eltern versichern würde, dies auf eine Frage eines Mitglieds des therapeutischen Teams hin. Zum einen entschärft er hier das von seiner Frau als sehr belastend empfundene Symptom des Verschleppens der Morgenroutine, zum anderen nimmt er aber hier genauso wie die Pflegemutter eine internalisierende Perspektive ein.

#### Die Problemperspektive des therapeutischen Teams bei Ben

Bei Ben gibt es im Team sowohl störungsmodellbezogene Äußerungen, die auf interne als auch auf externe Faktoren fokussieren. In Bezug auf die Symptomatik des Kleinkindverhaltens wird ausgedrückt, dass es sich um ein regressiv wirkendes Verhalten, eine „Kleinkindmasche“ wie bei einem fünf- oder sechsjährigen Kind handeln würde (Teamsitzung 23.09.), womit er Aufmerksamkeit erregen wolle (Einzeltherapie 28.08.) und Regression als eine Strategie einsetze um Anforderungen aus dem Weg zu gehen (Elterngespräch 17.11.). Allerdings wird dieses Verhalten auch mit der ADHS-Medikation in Verbindung gebracht (Teamsitzung 23.09.).

Was die Bindungsthematik angeht, findet eine kontinuierliche Entwicklung von eher internalisierend ausgerichteten hin zu externalisierenden Störungsmodellen statt. Zum einen wird geäußert, dass es sich um eine unsichere Bindung von Ben zu seiner Familie handeln würde (Lehrerkonferenz 29.09.), dass Bens regressive Verhaltensweisen eine Form von Bindungsverhalten darstellen, um eine Angst zu verarbeiten, die durch die leibliche Mutter erzeugt worden sei (Lehrerkonferenz 29.09.) und in ähnlicher Weise, dass Ben über sein stundenlanges Weinen eigene Erfahrungen aus seiner Biografie reinszenieren könnte (Familiengespräch 1.10). Dies mündet in der allgemeinen Äußerung, dass Bens zentrale Problematik eine

Bindungsproblematik sei, aus der heraus er immer wieder von seiner Pflegemutter die Versicherung brauche, dass sie für ihn da sei (Elterngespräch 17.11.). Die Auffälligkeiten werden mit Bindungsmustern in einen Zusammenhang gestellt, indem z.B. geäußert wird, dass er über seine Symptomatik Beziehungsmuster steuere (Einzeltherapie 23.11.).

Ebenso verhält es sich mit den auf ADHS bezogenen Äußerungen, indem z. B. der Konzentrationsdefizitsymptomatik ein zentraler Stellenwert eingeräumt wird und aus diesem Grund auch eine Medikation angesetzt wird (Elterngespräch 27.10), allerdings hier auch ein Bezug zu der Bindungsthematik hergestellt wird, indem geäußert wird, dass es unklar sei, welcher Teil der Auffälligkeiten mit ADHS und welcher Teil mit einer Beziehungsfunktion zu tun haben würde (Abschlusskonferenz 24.11.).

### Die Problemperspektive der Schule bei Ben

Zum einen wird in den schulbezogenen Äußerungen die Problemschilderung relativiert, indem z.B. deutlich gemacht wird, dass Ben trotz seiner Lernbehinderung pfiffig sei und die Diagnose fraglich sei (Lehrerinnenbesprechung 17.09.), dass er in der Schule eher unauffällig sei, was Probleme mit Mitschülerinnen und Lernschwierigkeiten angehe und dass auch das Sprechen in Babysprache eher selten in der Schule zu beobachten sei. An anderer Stelle wird aber auch geschildert, dass Ben durch ADHS ab einem bestimmten Zeitpunkt „zumache“, dann nicht mehr mitarbeite und auch bockig sei (Abschlusskonferenz 24.11.).

### Die Entwicklung der Störungsmodelle im Behandlungsverlauf

Bei Ben gab es weder in Bezug auf die ADHS-Thematik noch in Bezug auf das vom Team festgestellte Kleinkindverhalten einen Dissens zwischen dem Behandlungsteam und der Mutter. Eine deutliche Konfliktlinie zeigte sich bei der Bearbeitung der Bindungsthematik, die allerdings auch mit der ADHS-Problematik (Abschlusskonferenz 24.11.) verbunden wurde.

Eine Entwicklung zeigte sich, als das Behandlungsteam Bens lang andauerndes Weinen als Versuch, negative Aufmerksamkeit im Sinne eines Herumschreiens der Mutter zu bekommen, interpretierte und die Hypothese aufstellte, dass Ben fälschlicherweise ein verständnisvolles Verhalten als Desinteresse auslegen würde. Die Pflegemutter beantwortete dies damit, dass sie ihre Misshandlungserfahrungen bei ihrer eigenen Mutter damit in Verbindung brachte, dass sie möglicherweise in solchen Situationen zu skrupulös mit Ben umgehen würde (Familiengespräch 1.10.). So machte sie eine klare Bewegung hin zu einem aus ihrer Sicht

internale Verursachungsfaktoren fokussierenden und in Bezug auf Ben externalisierende familiäre Faktoren fokussierenden Störungsmodell. In diesem Zusammenhang wurde vom therapeutischen Team weiter die Hypothese aufgestellt, dass Ben mit seinem langen Weinen Vernachlässigungserfahrungen aus seiner Herkunftsfamilie reinszeniere (Familiengespräch 01.10.). Die Störungsmodelle bezüglich dieses Problembereichs gehen dann aber doch wieder auseinander, als es nach einer weitestgehenden Symptomrückbildung (Einzeltherapie 28.08., Lehrerkonferenz 29.09., Familiengespräch 29.10., Einzeltherapie 01.12.) zu einem neuen Symptom kommt, das von der Pflegemutter das erste Mal im Elterngespräch am 20.10. genannt worden war und das ein Verschleppen morgendlicher Tätigkeiten und ein Erschweren der Morgenroutine bei Ben beinhaltete. Dazu gehörte, dass er nur sehr langsam frühstückte, sich kaum alleine anzog, sehr trödelte und dabei sehr viel redete. Auch dieses Symptom wurde seitens des therapeutischen Teams im Zusammenhang mit der Bindungsproblematik interpretiert, z. B. in dem die Hypothese aufgestellt wurde, dass es sich um Bindungsverhalten handeln würde, das dem Zweck dient, sicher zu stellen, dass Simon ständig Kontakt zur Pflegemutter hat. Dem wird allerdings von der Pflegemutter widersprochen, sodass vom therapeutischen Team festgestellt wurde, dass sie die meisten Hypothesen eher ablehne und überhaupt nicht akzeptiere, dass es sich bei den Problemen mit der Morgenroutine um eine Form von Bindungsverhalten handeln würde (Familiengespräch 29.10.). Dieses Symptom steht im Verlauf der weiteren Behandlung aus Sicht der Pflegemutter im Vordergrund und sorgt immer wieder für erheblichen Leidensdruck bei ihr (Elterngespräch 17.11.). Diese unterschiedliche Sicht bleibt bis zum Ende der Behandlung bestehen.

Auch ein weiteres Thema, die Frage, wie sich die Aufnahme neuer Pflegekinder in die Familie auf Ben auswirkt, bleibt ein strittiges Thema. Auch dies wurde mit der Bindungsproblematik (Teamsitzung 18.11.) und der ADHS-Symptomatik in Verbindung gebracht. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass durch neue Pflegekinder in der Familie sehr viel Unruhe entstehe und darüber hinaus für Ben durch Pflegekinder, die kommen und gehen würden, Bindungsstress ausgelöst würde. Auch eine Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten in der Tagesklinik wird mit der veränderten Familiensituation in Verbindung gebracht (Teamsitzung 18.11.). Hier wird aber festgestellt, dass die Probleme von der Pflegemutter diesbezüglich verleugnet werden und auch im Abschlussgespräch am 24.11. widerspricht sie dieser Sicht bezüglich neuer Pflegekinder. Es wird insgesamt deutlich, dass es in der Problemperspektive der Mutter Ansätze für eine Veränderung hin zu einer eigenen Verursachungsperspektive gibt, diese aber ambivalent, bzw. brüchig bleibt.

#### 6.3.3.4 Sozialpsychologische Aspekte

##### Passung der Störungsmodelle, Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Zwischen der Mutter und Simon kann über weite Strecken eine hohe Passung der Störungsmodelle beschrieben werden, dies sowohl was den Problemauslöser Schule angeht, als auch was die Nennung von unspezifischen familiären Faktoren angeht, wie Streitigkeiten mit dem Bruder oder das der Vater wenig Zeit für Simon habe. Die Passung des Störungsmodells der Mutter und des Vaters sind dagegen minimal, sofern dies vor dem Hintergrund der wenigen Äußerungen des Vaters zu beurteilen ist. Er zieht im wesentlichen eine Analogie zur Erkrankung seines Bruders, der an einer schizophrenen Psychose erkrankt war und stellt damit internal-unkontrollierbare Faktoren in den Vordergrund. Dies steht im deutlichen Gegensatz zum Störungsmodell der Mutter.

Was die Passung der Störungsmodelle des Teams mit denen der Mutter angeht, ist diese über weite Strecken hoch. Zwar wird die Perspektive der Mutter, dass externale, familiäre Faktoren für den Ursachenzusammenhang der Erkrankung von Simon eine Rolle spielen geteilt, dieses Störungsmodell wird aber im Hinblick auf den konkreten Interaktionspartner „Mutter“ vom therapeutischen Team konkretisiert. Dabei findet durchaus ein Prozess zunehmender Übereinstimmung statt, trotzdem bleibt die Haltung der Mutter im Bezug auf das Verwöhnen von Simon bzw. seine Selbständigkeit ambivalent. Was den Mehrgenerationenkonflikt angeht, gibt es keine Passung zwischen dem Team und der Mutter. Das Thema wird von der Mutter nicht wirklich aufgenommen, wohl aber ohne gravierende Widersprüche toleriert. Auch Simon, der auf den Mehrgenerationenkonflikt hingewiesen hatte, zeigt in diesem Punkt nur eine geringe Passung mit der Mutter.

Zwischen Ben und der Pflegemutter gibt es nur eine geringe Passung was die Störungsmodelle angeht, sofern dies vor dem Hintergrund der unspezifischen Äußerungen von Ben zu beurteilen ist. Ben zeigt defensive Störungsmodelle, bei denen er externale Faktoren betont, während die Pflegemutter internale Faktoren wie ADHS, Weinen, bei geringsten Anlässen und Streiten als prinzipiell kontrollierbare Verhaltensweisen angibt. Die Passung der Störungsmodelle zwischen Pflegemutter und therapeutischem Team variiert von Thema zu Thema. So gibt es in Bezug auf die ADHS-Hypothese eine hohe Passung, im Bezug auf die Bindungshypothesen eher eine wechselnde Passung bis hin zu einer klaren Ablehnung der Hypothese, dass die Aufnahme von Kleinkindern im Rahmen der Bereitschaftspflege in die Familie für Ben ungünstig ist. Der Pflegevater ist ähnlich wie auch bei Simon wenig bei den



Gesprächen anwesend und positioniert sich nicht wirklich klar. Im Bezug auf die Beurteilung der Gründe, was die Schwierigkeiten der Morgenroutine angeht, gibt es aber auch einen Widerspruch zwischen der Mutter und ihm.

### Oszillation / Einheitlichkeit

Eine gewisse Oszillation ist im Störungsmodell der Mutter in Bezug auf die Frage zu finden, ob sie Simon zu viel abgenommen habe oder ihn zu zuviel Selbständigkeit angehalten habe. Dies könnte ein Hinweis auf einen zentralen Konflikt der Mutter bei der Beurteilung der Problematik von Simon sein.

Bei Ben findet sich in Ansätzen auch eine gewisse Ambivalenz der Mutter bzw. eine Oszillation ihres Störungsmodells, die an einer Stelle einräumt, dass sie aufgrund von eigenen traumatisierenden Erfahrungen in ihrem Erziehungsverhalten zu zaghaft sei, an anderer Stelle aber keine Beteiligung der Bindungsproblematik an den Schwierigkeiten in der Morgenroutine sieht und ansonsten Eigenanteile eher ablehnt.

### Bindung / Autonomie

Das Thema „Bindung“ ist sowohl bei Simon als auch bei Ben ein zentraler Punkt in den Erklärungsmodellen der Beteiligten. Bei Simon dreht sich die zentrale Ambivalenz der Mutter um den Punkt, wie viel Selbständigkeit sie Simon zumuten kann bzw. wie sehr sie ihn vor schwierigen Situationen beschützen muss. Dies berührt auch in einem wichtigen Ausmaß die Autonomie von Simon, die in Zusammenhang mit dem Verhalten des Vaters gestellt wird. Ebenso dreht sich auch der Mehrgenerationenkonflikt um die Frage, wie viel Bindung oder Autonomie Simon braucht.

Bei Simon scheint die Mutter Schwierigkeiten zu haben, ihm das nötige Maß an Autonomie zuzugestehen, bei Ben ist die Anerkennung seiner Bindungsbedürfnisse für die Pflegemutter schwierig, die diese in den zentralen Problembereichen des Alltags nur wenig sehen kann. Zwar gibt es Ansätze dazu, wenn sie äußert, aufgrund von eigenen Traumatisierungen zu zaghaft mit Ben umgegangen zu sein, diese tragen aber nicht durch.

### Freiheitsgrade

Das Störungsmodell der familiären Verursachung impliziert am Anfang wenig Verhaltensspielräume für Simon, da in diesen Störungsmodellen sein Verhalten als abhängig von äußeren Faktoren konzipiert wird. Das Störungsmodell, das mehr auf Selbständigkeit abhebt

hat allerdings Verhaltensspielräume, da Simon mehr zugetraut wird. In der internalunkontrollierbaren Verursachungsperspektive des Vaters, der eine Parallele zur psychischen Erkrankung seines Bruders zieht, gibt es nur einen minimalen Verhaltensspielraum für Simon.

Bei Ben sind die Verhaltensspielräume zu Beginn noch eingeschränkter. So impliziert die ADHS-Diagnose ein eingeschränktes Verhaltensrepertoire, was auch für die Traumatisierungshypothese durch seine biografischen Bedingungen seitens der Pflegemutter gilt. Was das Störungsmodell des Kleinkindverhaltens seitens des Teams angeht, werden hier Verhaltensspielräume eröffnet, da eine gewisse Kontrollierbarkeit und damit internale Verursachung eingeräumt wird. Die bindungstheoretische Ideen beinhaltenden Störungsmodelle des Behandlungsteams implizieren einerseits eine Reduktion des Verhaltensspielraums im Sinne einer spezifischen Verwundbarkeit, eröffnen aber auch Verhaltensspielräume, da als Folge dieses Störungsmodells Bindungsverhalten Raum gegeben wird.

### Kooperationsgrad

Sowohl bei Simon als auch bei Ben ist die Kooperation der Väter mit der Behandlung nur wenig gegeben. Bei Simon ist allerdings die Haltung des Vaters auch durch eine Ablehnung der Behandlung bzw. eine ambivalente Haltung gekennzeichnet. Beide Väter sind während den Behandlungen wenig präsent. Bei Simon ist die Kooperation mit der Mutter wechselnd, wobei es insbesondere dann schwierig wurde, als Simon sich über die Mitarbeiter der Tagesklinik bei der Mutter beschwerte. Die Kooperation von Simon hingegen ist genauso wie die von Ben über den gesamten Behandlungsverlauf hin auf einer emotionalen Ebene und auf der Handlungsebene sehr hoch, beide binden sich an die therapeutischen Mitarbeiterinnen, eine Kooperation auf der kognitiven Ebene ist allerdings wenig gegeben, da beide, wahrscheinlich auch aufgrund ihres Alters, wenig über ihre Störungsmodelle in Kommunikation treten. Die hohe Kooperation ist bei beiden auch durch einen schnellen Symptomrückgang und auch eine letztendlich erfolgreiche Behandlung gekennzeichnet. Ein Hinweis auf eine gute Kooperation der Pflegemutter von Ben ist darin zu finden, dass sie am Ende der Behandlung darauf hinwies, dass sie sich in der Tagesklinik gut aufgehoben gefühlt habe und glaube, dass Ben große Fortschritte gemacht habe (Elterngespräch 02.12.).

### Interaktionale Sicht

Simons Mutter kommt schon mit einer interaktionalen Sicht, also mit einer Sicht, die ein Zusammenspiel von familiären Faktoren und der Problematik von Simon annimmt,

klammert sich hingegen selber am Anfang an, was sich dann aber zum Ende der Behandlung ändert. Die Mehrgenerationenperspektive als komplexe interaktionale Sicht ist allerdings bei der Mutter nicht anschlussfähig, wird zumindest nicht kommentiert.

Bens Pflegemutter hingegen hat eher wenig Ideen, dass es eine Wechselwirkung ihres Verhaltens mit Ben gibt, bezieht solche Ideen eher auf die Vergangenheit und macht sie an Erfahrungen Bens mit seiner leiblichen Mutter fest.

### Die Perspektive der Reaktanzforschung

Bei Simon können Reaktanzeffekte durch die hohe Passung der Störungsmodelle der Mutter mit denen des Teams eher wenig festgestellt werden, eher könnte von einer Konformitätstendenz in den Kommunikationen zwischen der Mutter und Simon ausgegangen werden, vielleicht auch, weil die wahrgenommene Ähnlichkeit hoch ist (Dickenberger, Gniech & Grabitz, 1993). Der vom Team eingebrachte Mehrgenerationenaspekt dürfte bei Simon auch eher wenig Reaktanz erzeugt haben, da dies mit seiner Sicht kompatibel gewesen war. Dies könnte aber bei der Mutter der Fall sein, da diese Perspektive konkrete Vorhersagen über ihr Verhalten macht, mit denen sie sich möglicherweise inkonsistent verhalten will, indem sie im Gegensatz zu den Äußerungen des therapeutischen Teams deutlich macht, dass sie keine Probleme mit ihrer Mutter habe (Snyder & Wicklund, 1978, zit. nach Miron und Brehm, 2006). Das Störungsmodell der Mutter, das den Vater als schwach darstellt, dürfte für diesen eine starke Einschränkung seiner Verhaltensspielräume beinhalten und damit auch Reaktanz fördern.

Bei Ben dürften Reaktanzeffekte in der Weigerung der Mutter deutlich werden, negative Auswirkungen der Bereitschaftspflege im Sinne des Aufnehmens neuer Familienmitglieder anzuerkennen. Hier ist durch das Störungsmodell ein erheblicher Verhaltensspielraum für die Mutter bedroht (Miron & Brehm, 2006). Diesen Verhaltensspielraum stellt sie wieder her, in dem sie das problematisierte Verhalten weiterführt und alles, was damit zusammenhängt eher ableugnet. Besonders schwerwiegend dürfte dies sein, da die Pflegemutter die Aufnahme neuer Familienmitglieder frei gewählt hat und das Verhalten als Bereitschaftspflegemutter für sie identitätsstiftend ist, was hier in besonderem Ausmaß Reaktanz fördern dürfte (Worchel, 2004).

### Die Perspektive der Dissonanzforschung

Bei Simon dürfte eine dissonanzrelevante Situation darin liegen, dass die Mutter sich über sein Verhalten ärgert, wenn er nach einem schönen Tag aufgrund seiner Schulangst am Abend weint, was als Beispiel einer Dissonanz nach Entscheidungen<sup>20</sup> angesehen werden kann. Dies könnte dazu führen, dass die Attraktivität der gewählten Alternative, nämlich fordernd anstelle zu bedauern ansteigt und die Mutter nach konsonanten Kognitionen sucht, die diese Haltung bestätigen. Dies könnte dann auch zu einer selektiven Suche von bestätigenden Informationen beigetragen haben (Frey & Gaska, 1993). Das Erziehungsverhalten der Mutter hat darüber hinaus einen starken Selbstbezug und ist damit sehr anfällig für Dissonanz (Brehm, 1976). Die Oszillation der Kognitionen um die Selbstständigkeit von Simon herum könnte auch ein Ausdruck einer durch Dissonanz erzeugten Unsicherheit sein.

Weiterhin kann die Wirkung des Schulbesuchs von Simon mit Dissonanz erklärt werden. So könnte dies als eine Situation forcierter Einwilligung angesehen werden, nach der Simon angstbezogene Kognition in Richtung seines von ihm selbst gezeigten Verhaltens verändert haben könnte. Simon zeigt ein hohes Maß an Selbstverpflichtung und setzt sich Trennungsstress zu Beginn der tagesklinischen Behandlung aus, was eine Voraussetzung für Dissonanzerleben darstellt. Die Tatsache, dass Simon jeden Tag trotz dieser Trennungsproblematik in die Tagesklinik kommt, könnte in diesem Zusammenhang auch eine Dissonanz erzeugt haben, die er mit einer Veränderung seiner angstbezogenen Kognition verringert haben könnte (Brehm, 1976, Cooper, 1980).

Bei Ben dürften die hochfrequenten Rückmeldungen bezüglich seines Kleinkindverhaltens zu einer Dissonanz beigetragen haben. Bei der Pflegemutter könnten Dissonanzeffekte dafür verantwortlich sein, dass sie eine selektive Suche nach bestätigenden Informationen für ihre Familienpraxis als Übergangspflegemutter vorgenommen hat. Dies vor dem Hintergrund, dass die negativen Veränderungen bei Ben, die nach der Aufnahme eines neuen Familienmitglieds folgten, offensichtlich waren (Frey & Gaska, 1993).

### Die Perspektive der Forschung zur Attribution

Bei Simon ist kein typisch dispositionales Attributionsmuster zu finden (Meyer & Försterling, 1993). Es stehen eher die familiären Umstände und damit externale Ursachen im Vordergrund, die einen hohen Konsensus, eine geringe Distinktheit und hohe Konsistenz be-

---

<sup>20</sup> spreading-apart-of-alternatives

inhalten. Beim Vater hingegen, der von einem Verursachungsmuster psychischer Krankheit ausgeht, ist ein typisch dispositionales Attributionsmuster zu finden. Die Mutter sieht sich im Sinne einer external-familienbezogenen Verursachungsperspektive als Ursache der Problematik und zeigt dabei Attributionen, die teilweise denen depressiver Mütter entsprechen (White & Barrowclough, 1998). Das Team fokussiert zeitweise auch auf internale Attributionen, z. B. Unsicherheit, einen Mangel an Kompetenzen und unsoziale Verhaltensweisen, dies steht aber nicht im Vordergrund.

Bei Ben ist im Gegensatz zu Simon ein typisch dispositionales Attributionsmuster seitens der Pflegemutter zu beobachten. Dabei ist auch das Thema Bindung in den Störungsmodellen eher ein dispositionales Thema, hat aber auch einen interaktionalen und damit auch externalen Anteil. Dazu passt auch, dass in Familien mit schwierigen Kindern Eltern dazu neigen, das kindliche Fehlverhalten mit stabilen internalen Dispositionen zu erklären (Baden & Howe, 1992, zit. nach White & Barrowclough, 1998). Die Attributionen des Teams stellen hingegen eine Mischung aus internalen und externalen Faktoren dar. Internal wäre eine spezifische Verwundbarkeit für bindungsrelevante Stressoren, external wäre das Auftreffen solcher Stressoren, wie Bindungsstress durch neue Familienmitglieder, auf diese Verwundbarkeit (Vulnerabilitätsmodell, Zubin & Spring, 1977).

### Die attributionale Perspektive

Bei Simon ist das große Verständnis der Mutter für Simons Problematik und die globale Schutzhaltung eher ein Faktor, der internal-unkontrollierbare Ursachen aber auch external-unkontrollierbare Ursachen nahelegen würde (Weiner, 2006). Dabei führen die Schuldgefühle der Mutter zu einem sehr verwöhnenden Verhalten Simon gegenüber, das wiederum negative Fähigkeitszuschreibung impliziert und seine Angst vor der Schule erhöhen dürfte. Der Ärger der Mutter über Simons Verhalten, als dieser am Abend vor dem Schulbesuch weint, legt aber eine internal-kontrollierbare Verursachung nahe. Die kaum begrenzende Haltung des Vaters, der die Auffälligkeiten höchstens bedauert, weist auf eine internal-unkontrollierbare Verursachungssicht hin.

Bei Ben geht sowohl die Pflegemutter als auch das therapeutische Team in den Störungsmodellen von einer internal-unkontrollierbaren Verursachungsperspektive aus und legt damit eine negative Fähigkeitseinschätzung nahe (Weiner, 2006), die in Zusammenhang mit dem niedrigen Selbstwertgefühl von Ben gebracht werden kann. Im Falle des Kleinkindverhaltens allerdings geht das therapeutische Team von einer gewissen Kontrollierbarkeit aus,

woraus sich Möglichkeiten für Selbstwirksamkeitserfahrungen von Ben in der Therapie ergeben.

### Die Perspektive der Hypothesentheorie der Wahrnehmung unter Berücksichtigung der Forschungsergebnisse zur Verhaltensbestätigung

Im Fall von Simon dürfte die Hypothese, dass der Vater die Problematik des Sohnes mitverursacht hat, eine starke Hypothese der Mutter sein und aus einer eher defensiven Motivation entspringen, die eigenen Schuldgefühle zu reduzieren, womit sie anfällig für eine Erwartungsbestätigung ihrer Hypothese wäre (Fischer & Greitemeyer, 2010).

Im Fall von Ben könnte die Traumatisierungshypothese, die die Pflegemutter aufstellt und die auf Faktoren aus der Herkunftsfamilie abhebt, eine starke Hypothese darstellen, die ebenfalls eine selektive Informationssuche auslösen könnte.

### Die Perspektive der Theorie sozialer Vergleichsprozesse

Soziale Vergleichsprozesse dürften sowohl bei Simon als auch bei Ben durch die Tatsache, dass andere Kinder und Jugendliche mit ihnen zusammen behandelt werden, die schon allein aufgrund dessen als ihnen ähnlich betrachtet werden können, eine Rolle spielen (Frey et al., 1993). Der positive Behandlungsverlauf legt eine positive Vergleichsdynamik mit selbstwertbestätigenden Vergleichen also Assimilationseffekten bei aufwärtsgerichteten Vergleichen und Kontrasteffekten bei abwärts gerichteten Vergleichen nahe. Insbesondere aufwärts gerichtete Vergleiche mit Identifikationseffekten stehen mit einem positiven Selbstwerterleben in Verbindung (Lobera et al., 2010).

## **6.3.4 Fallvergleich 4**

### **6.3.4.1 Fallvignetten**

*Fallvignette Nick: Bei Nick handelt es sich um einen vierzehnjährigen Jugendlichen, der nach der Trennung seiner Eltern vor ca. einem Jahr, der massive Auseinandersetzungen vorausgegangen waren, anfangs für einige Monate bei seiner Mutter gewohnt hatte und dann zu seinem Vater gezogen war. Nick, der die siebte Klasse der Gesamtschule besucht, kurz zuvor von einer Realschule gewechselt war, nachdem er dort nicht versetzt wurde, wurde aufgrund eines regelverletzenden Verhaltens in der Schule und massiven Konflikten mit seiner Mutter, zu der er den Kontakt fast völlig verweigerte, vorgestellt. Nick verweigerte die Hausaufgaben, verhielt sich gegenüber den Lehrern respektlos, zeigte schlechte Leistungen und äußerte sich*

bezüglich der Schule völlig lustlos. Zuhause verletzte er ebenfalls Regeln, so z.B. was den Umgang mit Medien angeht. Nick hat noch einen ca. zwei Jahre jüngeren Bruder, mit dem er sich sehr viel gestritten hatte. Die Eltern waren zum Zeitpunkt der Vorstellung in erhebliche Trennungsstreitigkeiten verstrickt, in denen es um finanzielle Dinge, aber auch um den Verbleib der Kinder ging.

Fallvignette Karina: Bei Karina handelt es sich um eine siebzehnjährige Jugendliche, die seit mehreren Jahren unter Panikattacken litt, früher aufgrund eines selbstverletzenden Verhaltens in Behandlung gewesen war und in der Vergangenheit Drogenmissbrauch betrieben hatte. Karina, deren Berufsperspektive zum Zeitpunkt der Vorstellung ungeklärt war, lebte in einer Wohnung im gleichen Haus mit der Mutter. Die Mutter trennte sich vom leiblichen Vater Karinas, als diese ca. zehn Jahre alt gewesen war und hat aus ihrer jetzigen Ehe eine zwei und eine sechs Jahre alte Tochter. Im Alter von dreizehn Jahren hatte Karina für einige Monate bei ihrem Vater gelebt, war dann aber wieder zu ihrer Mutter zurückgezogen und später mit fünfzehn Jahren zu ihrem Freund gezogen. Im Rahmen ihrer Panikanfälle, die oft auch nachts auftreten würden, übernachtete Karina häufiger im Bett ihrer Mutter. Ihr Verhältnis zum Stiefvater war höchst angespannt, ebenso das Verhältnis zum leiblichen Vater.

#### **6.3.4.2 Die Störungsmodelle bei Nick**

##### Zentraler Konflikt

In der Behandlung von Nick kristallisierten sich zwei Konfliktlinien heraus, die die Behandlung wesentlich bestimmten. Was die Verbesserung der Beziehung zur Mutter anging, standen in den Störungsmodellen aller Beteiligten externe Ursachen, die innerhalb der Familie lagen im Vordergrund. Dies allerdings so, dass Nick und der Vater die Mutter als Grund für die schwierige Beziehung ansahen, die Mutter sowie auch das Team neben anderen Störungsmodellen die Ansicht vertraten, dass der Vater bei dem Konflikt zwischen Mutter und Sohn eine zentrale Rolle spiele. Die Konfliktlinie beim Thema "Beziehung zur Mutter" lag also zwischen Störungsmodellen, die unterschiedliche familiäre Faktoren als ausschlaggebend für die familiäre Problematik ansahen. In Bezug auf die Schulprobleme und das regelverletzende Verhalten, was beides ebenfalls einen zentralen Raum in der Behandlung einnahm, gab es auf der einen Seite eine Konfliktlinie zwischen den Störungsmodellen des Vaters, die internal-unkontrollierbare Faktoren beinhalteten und den Störungsmodellen des Teams, die neben internal-kontrollierbaren vor allen Dingen auch innerfamiliäre Faktoren beinhalteten,

nämlich die mangelnde Konsequenz des Vaters. Der Konflikt der Störungsmodelle lag also hier zwischen internal-unkontrollierbaren und external-innerfamiliären Störungsmodellfaktoren. Nick selbst verfolgte eher ein Störungsmodell internal-kontrollierbarer Faktoren, aus dem heraus er deutlich machte, dass er sich so verhielt, weil er es so wollte.

Mit den verschiedenen Störungsmodellen verbunden waren zwei gänzlich inkompatible Weltansichten: Auf der einen Seite Konsequenz, Stellen von Anforderungen und Eingehen von Konflikten, wofür das Team aber auch zum Teil die Mutter stand und auf der anderen Seite das Vermeiden von Konflikten, die Angst zu überfordern und insgesamt eine schonende Erziehungshaltung, vertreten durch den Vater. Den Störungsmodellen der Eltern gemeinsam ist, dass sie hauptsächlich externale Erklärungsmodelle vertreten, was im Widerspruch zum Verhalten der Mutter steht, Anforderungen an Nick zu stellen und konsequent zu sein. Dabei ist das regelverletzende Verhalten von Nick möglicherweise eine Reaktion auf die externalen Störungsmodelle, die er damit Lügen straft, dass er die einzige ihm verbliebene Möglichkeit autonom zu handeln, nämlich die Verweigerung nutzt.

Im Gegensatz zur Behandlung von Karina gibt es bei Nick keine wirkliche Entwicklung bei den Störungsmodellen. Der Behandlungsverlauf ist eher durch eine Verhärtung der Fronten und eine statische Situation, in der wenig passiert, gekennzeichnet.

### Die Problemperspektive von Nick

Im Bezug auf die schulischen Probleme und Regeln beschreibt Nick einerseits internal-kontrollierbare Faktoren, wenn er deutlich macht, dass er mit seiner Klassenlehrerin zunehmend Ärger bekommen habe, nachdem er in der Stunde nur noch "Mist" gemacht habe (Vorstellungsgespräch 23.01.) und dass er unverändert den Unterricht störe und mittlerweile überhaupt keine Lust mehr habe in die Schule zu gehen (Vorstellungsgespräch 23.11.). Er äußert sich darüber hinaus durchweg negativ im Bezug auf Schulerlebnisse (Einzeltherapie 18.01.).

Externale Faktoren, die Nick allerdings nur im Vorstellungsgespräch (23.11.) nennt, sind außerfamiliäre Faktoren, so dass er sich von anderen Schülern anstiften lasse und den Unterricht störe und innerfamiliäre Faktoren, die auf die Trennung der Eltern und den damit zusammenhängenden Streit abheben.

Was die Konflikte mit der Mutter angeht sind in seinen störungsmodellrelevanten Äußerungen nur external-innerfamiliäre Äußerungen, die der Mutter die Schuld geben, zu finden. So beschreibt er, dass die Mutter sich altmodisch kleiden würde (Einzeltherapie 25.01.),



dass sie sich keine neuen Sachen kaufen würde, dass sie sich „komisch“ verhalte, überall ihre Arbeit verliere (Einzeltherapie 18.01.), dass er glaube, dass die Mutter psychisch krank sei und dass sie überhaupt keine vernünftige Wohnungseinrichtung habe (Einzeltherapie 20.01.) und in der Vergangenheit nur Lügen erzählt habe (Einzeltherapie 9.02.). Die auch genannten Konflikte mit dem Bruder und dem Vater werden hier nur peripher behandelt.

#### Die Problemperspektive von Nicks Vater

Der Vater beschreibt die Symptomatik der Schulprobleme als eine Nichtakzeptanz von Regeln, dies in der Schule und auch zu Hause. So halte sich Nick z.B. nicht an ein verhängtes Fernsehverbot (Vorstellungsgespräch 23.11.). Obwohl der Vater auch einen Ansatz zeigt, internal-kontrollierbare Faktoren in seinen Störungsmodellen bezüglich dieses Problems zu beleuchten, so stellt er fest, dass Nick eher keine Bereitschaft habe, sich mit dem regelverletzenden Verhalten auseinander zu setzen (Vorstellungsgespräch 23.11.), betont im Wesentlichen externale Faktoren für das Problem in der Vergangenheit, die aber aus heutiger Sicht eher einen internal-unkontrollierbaren Charakter haben. So drückt er aus, dass das Problem seines Sohnes darin besteht, dass er viele Auseinandersetzungen zwischen den Eltern miterlebt habe, auch die Mutter sich gegenüber ihm nicht durchsetzen könne (Vorstellungsgespräch 23.11.) und schon vor einem Jahr die Eltern sich über den Verlauf eines ganzen Jahres hinweg gestritten hätten und in diesem Zusammenhang Nick immer zurückhaltender und bedrückter geworden sei (Vorstellungsgespräch 23.11.) und dass der Vater unsicher sei, inwieweit eine starke Konfrontation mit Nick seinen Schulerfolg, den er zur Zeit habe, gefährden würde (Dreiergespräch 15.03.). Der Vater drückt damit auch eine umfassende Schutzhaltung gegenüber Nick aus, den er durch die früheren Konflikte der Eltern geschädigt sieht und aus der heraus er unsicher ist, inwieweit er Anforderungen an Nick stellen kann.

Was den Themenbereich der Konflikte mit der Mutter angeht, beleuchten die störungsmodellrelevanten Äußerungen des Vaters external-innerfamiliäre Erklärungen, die alleamt die Gemeinsamkeit haben, die Mutter für die Konflikte zu beschuldigen. So drückt er aus, dass die Mutter in der Vergangenheit unberechenbar reagiert habe (Elterngespräch 20.01.), dass das Elternhaus der Mutter für ihre Probleme verantwortlich sein könnte (Elterngespräch 28.01.), dass Nick seine Mutter nur schwerlich ernst nehmen könne, da sie sich durch bestimmte Verhaltensweisen disqualifizieren würde (Elterngespräch 17.02.) und sich ihm gegenüber extrem rigide verhalten hätte (Elterngespräch 28.01.). Diese Verhaltensweisen führt er im Wesentlichen auf einen außerfamiliären Faktor zurück, nämlich auf die Tatsache,

dass die Mutter sich einer Psychotherapie unterzogen hatte (Elterngespräch 20.01.) und dadurch ein übertriebenes Selbstwertgefühl entwickelt habe (Elterngespräch 28.01.).

### Die Problemperspektive von Nicks Mutter

Die Mutter macht in Bezug auf die Schulproblematik von Nick keine Störungsmodelle beinhaltenden Äußerungen. Allerdings beschäftigt sie sich mit Ticks von Nick, einem Symptom, dem eher wenig Aufmerksamkeit gewidmet worden war, die sie mit einem PC- und Medienmissbrauch in Verbindung bringt, den der Vater nicht sehen würde (Elterngespräch 01.02.). In Bezug auf Selbstwertmängel von Nick zeigt sie auch eine externe Störungsmodellperspektive, in der sie deutlich macht, dass Nicks Selbstwertgefühl im Kampf um die Hausaufgaben beschädigt worden sei (Elterngespräch 01.02.) und auch negative Erlebnisse mit seinem Trainer, der Anspielungen auf seine Figur gemacht habe, eine Rolle spielen würden (Elterngespräch 01.02.).

In Bezug auf die Konflikte zwischen ihr und Nick beschreibt sie ebenfalls externe Störungsmodellfaktoren, indem sie äußert, dass der Grund der Problematik einzig und allein der Vater sei und in der Familie des Vaters liegen würde, weil die ihr Nick entfremdet hätte (Elterngespräch 25.01.), die Tatsache, dass er nicht mit ihr in Kontakt treten wolle mit ihrer negativen Position in der Familie im Zusammenhang stehe (Elterngespräch 01.02.) und die Familie des Vaters sie ablehnen würde, was Nick immer mitbekommen habe (Elterngespräch 01.02.).

### Die Problemperspektive des therapeutischen Teams bei Nick

In Bezug auf die Schulproblematik und das regelverletzende Verhalten werden überwiegend externe Ursachen für die Problematik fokussiert. So wird beschrieben, dass der Vater Absprachen nicht konsequent umsetze und Nick nicht wirklich einen aktivierenden erzieherischen Rahmen habe (Teamsitzung 02.03.), dass der Vater in Begrenzungssituationen kumpelhaft mit Nick umgehe (Elterngespräch 03.03.) und dass der Vater in Bezug auf die Fortsetzung der Behandlung, dies als Nick den Behandlungsprozess zum Schluss verweigert hatte, nicht wirklich mit ihm in den Konflikt gehe (Elterngespräch 03.03.). Auch die Äußerung, dass er Nick wenig begrenzt und Nähe mit Nick auf Kosten von externen Personen herstellt (Dreiergespräch 15.03.), geht in diese Richtung. Konkret in Bezug auf die Schule wird geäußert, dass Nick mehr von dem Vater erzieherisch unterstützt werden müsste (Elterngespräch 17.02.). Aber auch Äußerungen, die mehr interaktional sind und beide Eltern fokussie-

ren, werden vom therapeutischen Team getätigt. So wird beschrieben, dass Nick möglicherweise durch seine Auffälligkeiten die Eltern einigen wolle (Reflecting Team 11.02.), dass er von ihm vermutete negative Eigenschaften der Mutter durch sein Verhalten realisiere, in dem er sich als „Bekloppten“ bezeichne, den die Gesamtschule nicht haben wolle (Reflecting Team 11.02.), dass die einzige Chance sei, dass die Eltern sich an einen Tisch setzen und eine gemeinsame Haltung zum Thema Schule entwickeln, dass Nick von einer verstärkten Kooperation der Eltern profitieren würde und dass die Erziehungshaltung der Eltern auf einer Rigiditäts- und Laisser-Faire-Skala polarisiert seien. Darüber hinaus werden die beiden Problembereiche miteinander verbunden, indem festgestellt wird, dass es eine Parallele in dem schulischen Verhalten und dem Verhalten gegenüber der Mutter gebe (Dreier-Gespräch 15.03.).

Äußerungen im therapeutischen Team, die external-außerfamiliäre Faktoren beleuchten, beziehen sich auf die Kooperationsschwierigkeiten mit der Heimatschule, sodass Nick regelrecht erleichtert gewesen sei, als sich das Team über das Verhalten der Lehrerinnen schockiert gezeigt habe (Teamsitzung 10.02.), auf der anderen Seite aber auch, dass das Verständnis des Teams für Nicks Situation einen Abfall in seiner Arbeitshaltung in der Schule bewirkt habe (Reflecting Team 11.02.). Eine externale Störungsmodellperspektive wird auch in Äußerungen deutlich, in denen ein Unterschied von Nicks Verhalten in der Tagesklinik und seinem Verhalten in der Schule beschrieben wird. So wird von einem Kontrast zwischen Nicks unauffälligem Verhalten in der Tagesklinik und Zuhause sowie in der Schule berichtet (Elterngespräch 01.02.), beschrieben, dass sich die Erwartung, dass Nick ein aggressiver Junge sein könnte, der in der Tagesklinik Schwierigkeiten machen könnte, überhaupt nicht erfüllt habe (Teamsitzung 03.02.) und dass er sich in der Schule nicht aggressiv verhalte, sondern eher den Klassenclown spiele (Teamsitzung 03.02.). Als internal-unkontrollierbarer Faktor wird vom Team beschrieben, dass die Auffälligkeiten von Nick eine Folge einer ADHS<sup>21</sup>-Erkrankung in der Vergangenheit sein könnten (Elterngespräch 17.02.).

In Bezug auf den Problembereich der Konflikte mit der Mutter spielen stärker Störungsmodelläußerungen, die internal-kontrollierbare Faktoren beinhalten, eine Rolle. So beschreibt das therapeutische Team, dass Nick wenig bereit sei, Kompromisse mit der Mutter zu machen (Einzeltherapie 25.01.) und die Geldforderungen von Nick an die Mutter werden als Wunsch, als Jugendlicher respektiert zu werden, umgedeutet (Teamsitzung 25.01.). Es wird beschrieben, dass Nick eine Opferhaltung gegenüber der Mutter habe (Reflecting Team 11.02., Teamsitzung 01.03.) und es wird auch beschrieben, dass die von Nick beschriebenen

---

<sup>21</sup> Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom

Auffälligkeiten der Mutter nicht vom therapeutischen Team wiedergefunden werden konnten, so z. B. indem geäußert wird, dass die Mutter normal aussehe (Einzeltherapie 03.02.) und die Mutter in der Gruppe gut gelitten gewesen sei und auf die Jugendlichen sympathisch gewirkt habe (Teamsitzung 28.01.).

Externale Faktoren, die in den Störungsmodellen des Teams deutlich werden, beziehen sich auf das Verhalten der Mutter, die möglicherweise durch die Trennung in eine Lebenskrise geraten sei (Einzeltherapie 18.01.), sich ablehnend in der Tagesklinik verhalte und eine abwehrende Reaktion Nicks verständlich sei, wenn die Mutter sich ihm gegenüber ebenso verhalten würde (Teamsitzung 20.01.) und die Mutter in ihrer Position verhärtet sei (Elterngespräch 25.01.). Äußerungen, in denen der Vater als Ursache des Konflikts genannt wird, sind, dass Nick sich mit dessen Sichtweise zu hundert Prozent identifiziere und die Kritik an seiner Mutter eher Erwachsenenthemen seien, die er vom Vater übernehme (Einzeltherapie 03.02.), dass der Vater ein Modell im Bezug auf das Verhalten zu seiner Mutter sei (Einzeltherapie 03.02.) und dass der Vater Nick möglicherweise doppelte Botschaften gebe (Teamsitzung 24.02.).

Als Störungsmodell, das auf beide Eltern fokussiert, wird beschrieben, dass es eine seit vielen Jahren durch sehr unterschiedliche Werthaltungen gekennzeichnete Elternbeziehung gibt, in der sich Nick hat polarisieren lassen (Einzeltherapie 25.01.) und dass die Konflikte in seiner Umgebung einen negativen Einfluss auf ihn ausüben (Teamsitzung 24.02.).

### Die Problemperspektive der Schule

Hier dominieren Äußerungen, die auf Störungsmodelle mit internalen Faktoren hinweisen. So wird beschrieben, dass Nick sehr viel Hilfe brauche, sehr unselbständig in der Schule sei, kaum Arbeitstechniken gelernt habe (Schulbesprechung 21.01.), die Erfahrung gemacht habe, Anforderungen in der Schule nicht erfüllen zu können (21.01.), dies eher unkontrollierbare Faktoren als kontrollierbarere Faktoren, dass Nick sich überall herausnehme, in Ruhe gelassen werden zu wollen, vor der Verantwortung flüchte (Reflecting Team 11.02.), eine generelle Vermeidungshaltung zeige (Reflecting Team 11.02.), zu achtzig Prozent unmotiviert sei und seine Hausaufgaben nicht mache (Information aus dem Schulreintegrationsprojekt 23.03.), dies eher kontrollierbare Faktoren.

### Die Entwicklung der Störungsmodelle im Behandlungsverlauf

Obwohl es im Wesentlichen kaum Veränderungen in den Störungsmodellen der Beteiligten gegeben hat und die Fronten verhärtet gewirkt hatten, gibt es bei Nick Ansätze einer Veränderung, als er im Bezug auf die Konferenz mit den Lehrerinnen der Heimatschule und der Krankenhausschule, in der auch die Mutter die Schule kritisiert hatte, äußerte, dass dies das erste Mal gewesen sei, dass die Mutter ihn unterstützt habe (Teamsitzung 10.02.). Vom therapeutischen Team wurde geäußert, dass seine Ablehnung gegenüber seiner Mutter weicher geworden sei (Teamsitzung 10.02.), dass es nach der Hospitation der Mutter in der Tagesklinik eine minimale Veränderung gäbe und Nick weniger negative Emotionen der Mutter gegenüber zeigen würde (Reflecting Team 11.02.) und dass er die wertschätzende Haltung des Teams der Mutter gegenüber annehme und diese an sich herankommen lasse (Reflecting Team 11.02.). Nur wenige Tage später allerdings fällt er in seine ursprünglichen Verhaltensmuster zurück, nachdem er sich mit der Mutter gestritten hatte (Einzeltherapie 15.02.) und dann, unterstützt vom Vater, der geäußert hatte, dass Nick die Mutter nur schwerlich ernst nehmen könne, das sie sich selber durch bestimmte Verhaltensweisen disqualifizieren würde (Elterngespräch 17.02.), diese erneut abwertete (Einzeltherapie 22.02.).

#### **6.3.4.3 Die Störungsmodelle bei Karina**

##### Zentraler Konflikt

In der Behandlung Karinas gruppieren sich viele geäußerte Störungsmodelle um die Problembereiche der Panikstörung und der familiären Konflikte. Während Karina unkontrollierbare Faktoren in ihren Störungsmodellen in den Mittelpunkt stellt und sich als Opfer der Panikanfälle erlebt, dies ebenfalls bei den familiären Konflikten tut, in denen external-innerfamiliäre Faktoren eine Rolle spielen, betont das therapeutische Team in den Störungsmodellen internal-kontrollierbare Faktoren und verbindet in seinen Modellen den Symptombereich der Panikstörungen und den der familiären Konflikte miteinander. Die Mutter, die innerfamiliäre Störungsmodelle betont, sieht zum einen den Stiefvater als Ursache der familiären Konflikte, zum anderen zeigt sie aber auch Ansätze einer interaktionalen Sicht, aus der heraus sie sich zwischen dem Stiefvater und ihrer Tochter hin und her gerissen fühlt. Die Mutter scheidet nach ca. der Hälfte der Behandlung aus dem Behandlungsprozess aus und verweigert die weitere Mitarbeit nach einem Konflikt mit ihrer Tochter. Karina macht eine eigene Entwicklung, an deren Ende ein Störungsmodell im Sinne einer existentiellen Attribu-

tion steht, das der Panikstörung einen spezifischen Sinn zuspricht. Die Behandlung für Karina ist durch einen ereignisreichen Verlauf gekennzeichnet, in dem eine vermutete Schwangerschaft und eine vermutete Hepatitis C eine Rolle spielt und ein zunehmender Ablösungsprozess von der Mutter bis hin zum Auszug von Karina Raum greift.

### Die Problemperspektiven von Karina

Zur Symptomatik berichtete Karina, dass sie unter Angstanfällen leiden würde, die auch nachts auftreten würden und in deren Verlauf sie das Gefühl habe, dass eine andere Person im Raum sei, vor der sie Angst habe (Aufnahmegespräch 15.12.). Auch tagsüber erlebe sie Angstanfälle, in deren Verlauf sie das Gefühl habe, keine Luft mehr zu kriegen, und auch das Gefühl habe, dann sterben zu müssen. Im Rahmen ihrer Angstanfälle würde sie die Mutter aus dem Bett klingeln, dann auch bei der Mutter im Bett schlafen (Aufnahmegespräch 15.12.). Nach ca. einem Behandlungsmonat berichtete Karina dann, dass die Panikattacken in den Hintergrund getreten seien, sie aber verstärkt Stimmungsschwankungen erleben würde (Einzeltherapie 18.01.). Sie hatte dann auch wieder angefangen, alleine in ihrem Zimmer zu schlafen (Einzeltherapie 20.01.). Was die Störungsmodelle in ihren Äußerungen anging, gab es zum einen die Idee, dass ihre Panikanfälle mit internal-unkontrollierbaren Faktoren, nämlich ihrem Drogenkonsum in der Vergangenheit, der nicht mehr zu revidieren ist und damit unkontrollierbar ist, zu tun haben und zum anderen externale Faktoren eine wichtige Rolle spielen. Dies waren innerfamiliäre Faktoren, so z.B., als sie nachts einen Anfall erlitten hatte, nachdem sie über die Konflikte mit ihrem Vater nachgedacht hatte (Einzeltherapie 21.12.). Weitere innerfamiliäre Faktoren sind die Trennung ihrer Eltern vor ca. fünf Jahren und der Tod ihres Großvaters. Ansonsten sind es aber im Wesentlichen außerfamiliäre Faktoren, die Karina nennt. So z. B., dass sie von ihrem Exfreund mit einem Messer verfolgt worden sei und danach nächtliche Anfälle erlebt habe (Einzeltherapie 16.12.) oder unter Atemnot leiden würde, nachdem sie sich mit ihrem Freund gestritten hatte (Einzeltherapie 3.02.). Auch die Beschreibung von Situationen, in denen sie mit vielen Menschen konfrontiert sei, in denen sie sich dann überfordert fühle und das Gefühl habe, überhaupt nicht richtig da zu sein, passt in dieses Muster (Einzeltherapie 5.01.).

Was den Problembereich der familiären Konflikte, die immer wieder Thema in der Therapie waren, angeht, sind es ebenfalls überwiegend externale Faktoren, die Karina in ihren Störungsmodellen nennt. Dabei gibt es innerfamiliäre Faktoren, z. B. dass es einen Konflikt mit der Mutter gegeben habe, da sie keine Behandlung in der Tagesklinik machen wollte

(Vorstellungsgespräch 10.12.), oder auch dass sie eine relativ große Distanz zur Mutter habe, da die Mutter völlig anders als sie sei und sie wahrscheinlich nichts mit ihr zu tun haben würde wenn sie nicht ihre Mutter sei (Einzeltherapie 5.01.). Eigene Anteile an dem Konflikt mit der Mutter sieht Karina nicht, außer in der Tatsache, dass Konflikte für sie schwierig seien, da sie dann sehr schnell ausrasten würde (Aufnahmegespräch 15.12.), also ein internalunkontrollierbares Störungsmodell. Was die Konflikte mit dem Vater angeht, dominieren ebenfalls externe Störungsmodelle. Sie sei sehr enttäuscht vom Vater gewesen, da er sie nicht im Krankenhaus besucht habe (Aufnahmegespräch 15.12.) und leide darunter, dass der Vater sich an Geburtstagen nicht bei ihr melden würde (Einzeltherapie 18.12.). Darüber hinaus nennt sie als außerfamiliären Faktor, dass der Vater sie habe fallen lassen, nachdem er eine neue Partnerin geheiratet hatte. Karina nennt aber auch einen internal-kontrollierbaren Faktor, beschreibt also den Status der Beziehung zum Vater als Ausdruck ihres eigenen Handelns und Wollens, indem sie äußert, dass sie die Entscheidung getroffen habe, die Beziehung so nicht mehr zu wollen (Aufnahmegespräch 15.12.).

#### Die Problemperspektive der Mutter von Karina

Was den Problembereich der Panikattacken angeht, macht die Mutter kaum störungsmodellrelevante Äußerungen. Hierin wird eine spezifische Konfliktlinie zwischen Mutter und Tochter deutlich, die in dem zweiten Problembereich, den der familiären Konflikte ausdifferenziert wird. In diesem Problembereich schwankt die Mutter zwischen internalen und externalen Störungsmodellen, wobei die externalen Störungsmodelle überwiegen. Als internes Störungsmodell für den Konflikt von Karina mit ihrem Stiefvater nennt die Mutter, dass Karina sich ihm nicht wie einem echter Vater genähert habe und sehr an ihrem eigenen Vater gehangen habe (Familiengespräch 28.01.). Die von ihr genannten externalen Störungsmodelle beschäftigen sich mit dem aus ihrer Sicht eher durch wenig Verständnis gekennzeichneten Verhalten ihres Mannes (Aufnahmegespräch 15.12, Notiz 23.12, Elterngespräch 06.01.), sowie mit der Eifersucht des Stiefvaters (Elterngespräch 06.01.). Diese Mischung aus internalen und externalen Störungsmodellen der Mutter für den Problembereich familiärer Konflikte zeichnet sich auch in ihren eher interaktionalen Störungsmodellen ab, wenn sie z.B. äußert, dass sie in Bezug auf den Konflikt zwischen Karina und dem Stiefvater zwischen den Stühlen stehe und die Beziehung zu ihrem Ehemann sich verbessern würde, wenn er sich gut mit Karina verstehen würde (Familiengespräch 28.01.).

### Die Problemperspektive von Karinas Stiefvater

Der leibliche Vater nahm selber nicht an der Therapie teil, sodass es hier keine direkten störungsmodellrelevanten Äußerungen gab. Der Stiefvater, der einige wenige Male präsent war, beschreibt ein eifersüchtiges Verhalten von Karina (Paargespräch 07.01.), aber auch, dass er unsicher sei, wie er sich Karina gegenüber verhalten solle und sich dann lieber zurückziehe (Familiengespräch 28.01.).

### Die Problemperspektive des therapeutischen Teams bei Karina

Im Bezug auf die Symptomatik der Panikattacken stehen Störungsmodelle, die internal-kontrollierbare Faktoren betonen, im Vordergrund. Diese sind zum einen durch den verhaltenstherapeutisch orientierten Ansatz der Panikstörung als verursacht durch dysfunktionale Kognitionen (Einzeltherapie 20.01.), eine Missinterpretation körperlicher Empfindungen und ein Teufelskreismodell bestimmt (Einzeltherapie 18.12, 26.02.), zum anderen durch die Hypothese, dass Karina über ihre Panikstörung versucht, Bindungssicherheit gegenüber der Mutter nachzuerleben (Notiz 23.12.), Zuwendung von der Mutter zu bekommen (Notiz 23.12.) und kindliche Bedürfnisse versucht auszuleben (Einzeltherapie 05.01.). In diesen Störungsmodellen werden die Problembereiche der Panikstörungen und der familiären Konflikte miteinander verbunden und die Symptomatik als eine Art Kommunikation zwischen Mutter und Tochter gefasst (Elterngespräch 18.01., Einzeltherapie 03.02.). Störungsmodelläußerungen, die auf internal-unkontrollierbare Faktoren abheben, beziehen sich auf Traumatisierungen in der Vergangenheit (Einzeltherapie 18.12.) und eine besondere Verwundbarkeit aufgrund einer frühen Verselbstständigung (Notiz 23.12.). Externale Störungsmodelle spielen erst im weiteren Verlauf der Therapie eine Rolle. Ausnahme ist hier die Hypothese, dass die Erkrankung von Karina dafür sorgt, dass die Mutter von ihren eigenen Konflikten mit ihrem Mann abgelenkt wird und sich auch als Mutter durch die nötige Versorgung besser fühlen kann (Einzeltherapie 5.01.).

Was die familiären Konflikte angeht, die als Konflikte zwischen Karina und ihrer Mutter auf einer nonverbalen Ebene, aber auch als das Infragestellen von Äußerungen (Aufnahmegespräch 15.12.), als eine Ambivalenz von Karina der Mutter gegenüber (Einzeltherapie 05.01.) und als eine Skepsis der Mutter gegenüber (Familiengespräch 28.01.) gesehen werden, spielen Störungsmodelläußerungen eine wichtige Rolle, die internal-kontrollierbare Faktoren, aber auch interaktionale Faktoren betonen. Ein Beispiel dafür ist die Idee, dass Karina eine Form von Bindung und Beziehung nachlebt, die sie früher verpasst habe (Elterngespräch 18.01.).



spräch 06.01.), dass sie sowohl einem starken Bindungs- als auch einem starken Autonomie-  
drang versuche gerecht zu werden (Einzeltherapie 03.02.) und dass es in der Tagesklinik ein  
widersprüchliches Verhalten von Karina gebe, aus dem heraus sie einerseits Distanz wünsche,  
andererseits aber auch ein Nähe suchendes Verhalten zeige (Elterngespräch 18.01.). Eher in-  
teraktional orientierte Äußerungen beschreiben eine Verkehrung der Eltern-Kind-Rolle in  
Bezug auf den Vater (Einzeltherapie 18.12.), in Bezug auf die Mutter (Einzeltherapie 05.01.)  
und beschreiben ein Bindungsspiel zwischen Mutter und Tochter (Teamsitzung 13.01.), als es  
um das Thema Schwangerschaft und Kinderwunsch ging. Es wird darüber hinaus ein ähnlich  
ambivalentes Beziehungskonzept bei der Mutter wie auch bei der Tochter gesehen (Teamsit-  
zung 13.01.) und die Idee geäußert, dass es in der Familie vorwiegend Zweierbeziehungen mit  
wechselnden Koalitionen gebe, womit die Eifersucht des Stiefvaters erklärt wird (Elternges-  
präch 18.01.). Zusammenfassend wird geäußert, dass es einen mangelnden emotionalen Ab-  
stimmungsprozess innerhalb der Familie zwischen den Familienmitgliedern geben würde  
(Teamsitzung 29.01.).

#### Die Entwicklung der Störungsmodelle im Behandlungsverlauf

Im Verlauf zeigte sich bei Karina immer wieder der Wunsch, anstelle einer teilstatio-  
nären, eine stationäre Behandlung zu machen, den sie dann aber doch nicht umsetzen wollte.  
Dieses Muster wird im Störungsmodell des Teams vom 13.01 aufgenommen und als ein Mus-  
ter von Trennung und Bindung und auch als ein Muster von unglücklichen und zufriedenen  
Phasen, zwischen denen starke Bindungsverhalten auslösende Interaktionen standen (Dreier-  
gespräch 13.01.), verstanden. Ein wesentliches Ereignis für Karina war, dass sie befürchtete,  
schwanger zu sein, was in ihr sehr positive Gefühle ausgelöst habe und dazu geführt habe,  
dass es ihr auf einmal schlagartig gut gegangen sei (Dreiergespräch 13.01.). Parallel dazu äu-  
ßerte Karina einige Tage später, dass die Panikattacken in den Hintergrund getreten seien, sie  
allerdings jetzt verstärkt unter Stimmungsschwankungen leiden würde (Einzeltherapie  
18.01.). Dies verband sie auch mit der Angst, ihr Freund könne sie deswegen verlassen. Ein  
weiteres gravierendes Ereignis war eine vermutete Hepatitis C Infektion von Karina (Team-  
sitzung 22.02.), nach der es ihr deutlich schlechter ging und sie wieder Panikattacken erlebte  
(Einzeltherapie 22.02.). Nachdem sich dies allerdings als nicht zutreffend erwiesen hatte  
(Einzeltherapie 26.02.) zeigte sie einen Rückgang ihrer Stimmungsschwankungen (Einzelthe-  
rapie 26.02.), wie auch schon zuvor (Einzeltherapie 08.02.) und verwirklichte zumindest so,  
wie es in den Störungsmodellen des Teams reflektiert wird, einen zunehmenden Ablösungs-  
prozess, sodass vom therapeutischen Team festgestellt wurde, dass Karina sich in einer Phase

befinde, in der sie wenig gebunden scheint, sich von ihrer Mutter massiv distanziert und ihre Freiräume stärker auslotet (Einzeltherapie 16.02.). Die aus Sicht des therapeutischen Teams erlebte Unkontrollierbarkeit der Situation wird in der Äußerung reflektiert, dass es sich bei Karinas Situation um ein Pendel handeln würde, das auf der einen Seite zwischen Bindung, Angst, Panik und Abhängigkeit und auf der anderen Seite zwischen Unabhängigkeit, Autonomie, Freiheit von Beziehung und auch Drogen ausschlagen würde (Teamsitzung 17.02.). Es wird dabei auch geäußert, dass es dabei keinen klaren Zusammenhang zwischen den therapeutischen Interventionen und den Verhaltensveränderungen von Karina geben würde (Teamsitzung 17.02.). In dieser Phase der Behandlung werden vor dem Hintergrund der Abnahme der Kooperation mit der Mutter und der Tatsache, dass es kaum noch Gespräch mit ihr gab, Störungsmodelle geäußert, die eine Eigenproblematik der Mutter annehmen, die einerseits einen verbindlichen Eindruck mache, auf der Handlungsebene allerdings ihre Sorgen um Karina nicht umsetze (Einzeltherapie 22.02.), Schwierigkeiten habe, Karinas Bedürfnisse wahrzunehmen und diese zu befriedigen (Einzeltherapie 24.02.) und ein ähnliches Bindungsproblem wie auch Karina habe (Einzeltherapie 26.02.). Karina zeigte zunehmend ein Verhalten, dass durch Unabhängigkeit und Autonomie in der Beziehung zur Mutter gekennzeichnet war, bis hin zu der Tatsache, dass sie schließlich auszog und die Mutter das Schloss der Wohnung auswechseln wollte (Einzeltherapie 17.03.). Karina hatte im Laufe der Ereignisse ein eigenes Störungsmodell entwickelt, indem sie ihre Angststörung als Hilfe verbalisierte, nicht wieder rückfällig in Bezug auf die Drogen zu werden (Teamsitzung 28.01.), was sie im Rahmen des deutlichen Symptomrückgangs nach ca. der Hälfte der Behandlung geäußert hatte. Zu Behandlungsende teilte Karina mit, dass es für sie ein gutes Gefühl sei, sich von ihrer Mutter abgegrenzt zu haben, zu der sie zwar Kontakt habe, dieser aber nicht intensiv sei (Abschlussgespräch 25.03.).

### **6.3.4.4 Sozialpsychologische Aspekte des Falls**

#### Passung der Störungsmodelle, Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Im Therapieverlauf von Nick ist eine Passung der Störungsmodelle mit allen Beteiligten zu keinem Zeitpunkt gegeben. Er stellt sein schulisches Verhalten als selbst gewählt dar, zeigt aber auch Gemeinsamkeiten mit seinem Vater, wenn es um die Streitigkeiten mit der Mutter als Ursache für dieses Verhalten geht. Für diese wird aber letztendlich die Mutter verantwortlich gemacht. Eine Passung der Störungsmodelle der Eltern ist überhaupt nicht gegeben. Die Mutter beschuldigt den Vater an der schlechten Beziehung zu Nick Schuld zu sein,

der Vater sieht sie als Ursache der Problematik an. Was das Schulthema angeht, macht die Mutter nur wenig Aussagen, am ehesten lassen sich ihre Störungsmodelle für die Tick-Störung von Nick mit der schulischen Situation in Verbindung bringen, indem sie den übermäßigen Medienkonsum als Ursache herausstellt. Dabei betont sie, dass sie den Konsum anders als der Vater sehe. Das therapeutische Team versucht beide Eltern zu einer Zusammenarbeit zu bewegen, dies auf der Basis von Störungsmodellen, die die familiären Interaktionen betreffen. Diese werden aber zugunsten von einseitigen Schuldzuschreibungen abgelehnt. Auch die Idee, den Vater als Modell für kooperatives Verhalten der Mutter gegenüber zu bewegen, wird von ihm nicht geteilt.

Auch im Fall von Karina ist die Passung der Störungsmodelle zwischen allen Beteiligten gering. Die Passung zwischen Karina und ihrer Mutter ist einerseits gegeben, beide beschreiben vorwiegend externale Störungsmodelle für die familiären Konflikte, die Mutter gibt aber mehr dem Stiefvater die Schuld, beschreibt ein eigenes Hin- und Hergerissensein. Was die Panikstörungen von Karina angeht, äußert sich die Mutter kaum, sodass hier eine geringe Passung, was den Aufmerksamkeitsfokus angeht, zu verzeichnen ist. Die Passung hört aber letztendlich ganz auf, als die Mutter mehr gefordert wird, Karinas Bedürfnisse wahrzunehmen, als diese die Befürchtung hatte, unter einer Hepatitis zu leiden. Die Mutter stieg stattdessen an diesem Punkt ganz aus der Behandlung aus. Die Passung zwischen dem therapeutischen Team und Karina war ebenfalls gering, da das Team Störungsmodelle formulierte, die auf eine Kontrollierbarkeit, also internale Faktoren ausgerichtet waren, die aber von Karina nicht aufgenommen wurden, womöglich, da sie im Zentrum die Beziehung zur Mutter in Bindungsbegriffen analysierten. Im Laufe der Behandlung entwickelte Karina ein eigenes Störungsmodell, indem sie deutlich machte, dass ihr die Panikstörung geholfen habe, in Bezug auf die Drogen nicht rückfällig zu werden.

### Oszillation / Einheitlichkeit

In der Behandlung von Nick sind die Störungsmodelle einheitlich verhärtet. Keiner der Beteiligten bewegt sich im Bezug auf seine Sicht der Dinge, obwohl es zwischendurch eine weichere Phase in der Auseinandersetzung mit der Mutter gibt.

Im Gegensatz dazu gibt es bei Karina eine Entwicklung von einem, eher auf unkontrollierbare äußere Faktoren abhebendem Störungsmodell, hin zu einem, in dem die positiven Konsequenzen der Symptomatik hervorgehoben werden. Das therapeutische Team zeigt eine gewisse Entwicklung des Störungsmodells von dem Wunsch nach Bindung als Ursache der

Panikstörung hin zu einem Pendelmodell, in dem Karina zwischen extremen Autonomiebestrebungen und extremem Bindungsbedürfnissen hin- und herschwankt.

### Bindung / Autonomie

Nick ist auf der Basis eines Loyalitätskonfliktes beim Vater positioniert, und hat nur die Chance, Nähe zur Mutter herzustellen, wenn er sich vom Vater entfernt. Die Bindung zum einen Elternteil kann also nur mit Loslösung vom anderen Elternteil erkaufte werden. Die Störungsmodelle der Eltern lassen kaum eine Autonomieentwicklung von Nick zu, da sie externe Faktoren, die für Nick unkontrollierbar sind, betonen. Der Vater verweigert sich einer klaren Steuerung und Anforderungshaltung Nick gegenüber, sodass dieser kaum erfolgreiche Autonomieerfahrungen machen kann. Nick hat nur die Möglichkeit, altersentsprechende Autonomie über Verweigerung auszuleben, da alles was er tut, auf Kontrolle von außen zurückgeführt wird. Die Schule tendiert eher dazu, Nicks Autonomie in ihren Störungsmodellen hervorzuheben.

Auch bei Karina steht das Thema Bindung und Autonomieentwicklung im Vordergrund, kann von ihr mit 17 Jahren allerdings anders bewältigt werden als von Nick mit 13 Jahren. Das Bindungsthema steht in der Behandlung für das Team thematisch im Vordergrund, das die Grundidee ausdrückt, Karina befriedige über die Panikstörung Bindungsbedürfnisse der Mutter gegenüber, sei aber auch ambivalent in Bezug auf die Mutter, die selber aber auch ambivalent in Bezug auf die Bindung zu Karina zu sein scheine. Das Modell des Teams ist ein Pendelmodell, das allerdings auch negative Implikationen für Karina hat und aus kontrollierbaren und unkontrollierbaren Faktoren zusammengesetzt ist. Auf der Handlungsebene bewegt sich Karina von starker Bindung und Abhängigkeit der Mutter gegenüber hin zu mehr Autonomie, was sie auch in der Inakzeptanz dem Behandlungssetting gegenüber am Ende der Therapie zeigt.

### Freiheitsgrade

In den Störungsmodellen der Eltern sind kaum Freiheitsgrade für eigenständige Handlungen von Nick zu finden. Bei Nick ist dies allerdings schon der Fall, wenn er behauptet, dass er eben auch keine Lust auf die Schule habe und Störungsmodellen Raum gibt, die internal-kontrollierbare Faktoren beinhalten. Aber auch in der Tagesklinik, in der Nick anfangs sehr gut kooperiert hatte und vor dem Hintergrund der negativen Schilderungen aus der Schule erstaunt hatte, setzte zum Schluss eine Verweigerungshaltung ein.

Bei Karina sind Verhaltensfreiräume über eine wachsende Autonomieentwicklung erkennbar, aus der heraus Karina sich mit ihrer Mutter überwirft, zu ihrem Freund zieht und sich auch im Behandlungssetting Freiräume verschafft. In den Störungsmodellen des therapeutischen Teams werden über die Fokussierung auf internal-kontrollierbare Faktoren Freiheitsgrade für Karina eröffnet, allerdings auch thematisch im Bezug auf die Bindung zu ihrer Mutter eingegrenzt. Obwohl Karinas eigenes Modell, das anfangs im Wesentlichen externe Faktoren betont hat, nur wenig Verhaltensspielräume zulässt, zeigt sie im Widerspruch dazu im Laufe der Behandlung mehr Unabhängigkeit.

### Kooperationsgrad

Nick kooperierte über weite Strecken sehr gut, verweigert sich dann aber am Ende der Behandlung. Der Vater kooperierte nur wenig, blieb in seiner Sicht verhaftet und unterstützte am Ende seinen Sohn in seiner Verweigerungshaltung.

Bei Karina nahm die Kooperation mit Abklingen der Paniksymptomatik zunehmend ab. Eine Kooperation mit der Mutter bestand in der zweiten Hälfte der Behandlung überhaupt nicht mehr.

### Interaktionale Sicht

Die interaktionale Sicht des therapeutischen Teams im Fall von Nick, dass das Verhalten der Eltern aufeinander bezogen ist und mit Nicks Verhalten ungünstig interagiert, wird von den Beteiligten nicht aufgenommen.

In der Behandlung Karinas findet sich die interaktionale Sicht zeitweise in dem Modell der Mutter des Zwischen-den-Stühlen-Stehens wieder, Karina allerdings nimmt diese Sicht kaum auf und positioniert sich eher dagegen.

### Die Perspektive der Reaktanzforschung

Nick ist mit Verhaltensvorhersagen konfrontiert, die äußere, ihn steuernde Faktoren beinhalten. Dies dürfte bei ihm zu Reaktanz führen und auch zu dem Bedürfnis beitragen, seinen Verhaltensspielraum wiederherzustellen (Snyder & Wicklund, 1978, zit. nach Miron & Brehm, 2006). Dies macht Nick über ein verweigerndes Verhalten in der Schule und auch der Mutter gegenüber. Dass er sich über weite Strecken der Therapie nicht verweigert hatte, liegt möglicherweise an den interaktionsorientierten Störungsmodellen, die Nicks Rolle und Position im Konflikt der Eltern beschreiben.

Da Nick am Ende der Behandlung keine freie Handlungsoption hat, da jede Handlung eine Positionierung gegenüber dem einen oder anderen Elternteil darstellt, wählt er eine generelle Verweigerung als Minimalhandlung, um seinen Verhaltensspielraum wiederherzustellen. Die Eltern könnten dabei in einem Teufelskreis gefangen sein (Shoham et al., 2004), auch als „ironischer Prozess“ bezeichnet, indem der Vater das Störungsmodell der Mutter als Einschränkung seiner Handlungsfreiheit erlebt und sein Modell bekräftigt, das wiederum die Mutter einschränkt und zu einer Bekräftigung ihres Modells beiträgt. Ein anderer, ähnlicher Teufelskreis kann zwischen dem Vater und dem therapeutischen Team angenommen werden. Das Team stellt dabei dem Vater gegenüber klare Anforderungen, denen er sich verweigert, was wiederum zu mehr Anforderungen auf Grund der Bedrohung der Verhaltensspielräume des therapeutischen Teams führt. Auch die zeitweilig hohe Attraktivität des Teams für Nick könnte zu einer Verstärkung der Reaktanz geführt haben, als stärkere Anforderungen an ihn gestellt wurden und dadurch sein Verhaltensspielraum noch stärker bedroht war (Brehm, 1976).

Auch bei Karina sind Reaktanzeffekte anzunehmen. Die Störungsmodelle des Teams, die den Bindungsaspekt ihrer Symptomatik betonen, dürften dabei eine spezifische Reaktanz dadurch ausgelöst haben, dass sie über eine Verhaltensklärung den Einfluss der Mutter auf Karina implizieren. In dem Drogenpräventionsprogramm DARE (Brown, 2001, zit. nach Gibbons et al., 2004) wurde festgestellt, dass sich Jugendliche mit einer Drogenvorgeschichte gegen Behauptungen wehren, die einen Einfluss von anderen auf ihr Verhalten herausstellen. Obwohl von dem therapeutischen Team internal-kontrollierbare Erklärungen bevorzugt wurden, könnte der Aspekt der Abhängigkeit der Symptomatik von der Mutter diese Reaktanz ausgelöst haben. Der Wechsel hin zu einem stark autonomen Verhalten könnte genau dieser Tendenz entsprungen sein, sich konträr zu den Vorhersagen zu verhalten (Snyder & Wicklund, 1978, zit. nach Miron & Brehm, 2006). Die Reaktion des therapeutischen Teams auf das regelverletzende Verhalten von Karina kann darüber hinaus auch in Reaktanzbegriffen erklärt werden. Hier war der Verhaltensspielraum des Teams bedroht, die Therapie im gewohnten Setting durchzuführen. Auch das Ausscheiden der Mutter aus der Behandlung kann als eine Folge der Bedrohung ihres Verhaltensspielraums, der durch die Erwartung von Karina ihr gegenüber eingeschränkt wurde, erklärt werden.

### Die Perspektive der Dissonanzforschung

Bei Nick dürften die störungsmodellrelevanten Äußerungen des therapeutischen Teams, die interaktionale Sicht, dass beide Eltern bei der Aufrechterhaltung der Problematik eine Rolle spielen, im Widerspruch zu seiner Überzeugung stehen, dass die Mutter an allem Schuld ist aber auch im Widerspruch zur Überzeugung, dass er die Dinge tut, einfach weil er sie tun will. Der Änderungswiderstand dieser dissonanten Überzeugung dürfte dabei sehr hoch sein, da Nick soziale Unterstützung durch den Vater für diese Kognition erlebt (Frey & Gaska, 1993). Dass die Schulreintegration nicht im Sinne einer forcierten Einwilligung gewirkt hat und zu einer Änderung der Überzeugung geführt hat, dürfte wohl mit dem niedrigen Grad an Selbstverpflichtung, die Nick dabei gezeigt hat, zusammenhängen (Brehm & Cohen, 1962, zit. nach Frey & Gaska, 1993).

Im Fall von Karina könnte ihre Entscheidung, aus dem Haus der Mutter auszuziehen, einen „Spreading appart of alternatives“-Effekt (Festinger, 1957, zit. nach Frey & Gaska, 1993) bewirkt haben, nachdem die mit diesem Verhalten verbundenen Kognitionen, die mit Autonomie im Zusammenhang stehen, in ihrer Attraktivität ansteigen. Die verstärkten Ablösungstendenzen danach könnten im Zusammenhang mit diesem Effekt stehen. Dabei könnte die Tatsache, dass ihr dieser Schritt anfangs sehr schwer gefallen sein muss, die Attraktivität dieser Entscheidung im Sinne einer Dissonanz nach Entscheidungen erhöhen.

### Die Perspektive der Forschung zur Attribution

Nick selbst nimmt für sein Verhalten dispositionale Attributionen vor, was die Schulthematik angeht und externale Attributionen, was das Thema „Mutter“ angeht, also eher dispositionale Attributionen aus ihrer Perspektive. Hier kann nach Jones und Davis (1965, zit. nach Brehm, 1976) davon ausgegangen werden, dass das Thema ihn relevant betrifft und deshalb eine dispositionale Attribution auf die Mutter wahrscheinlich ist. Darüber hinaus könnte hier auch der fundamentale Attributionsfehler greifen (Ross, 1977, zit. nach Meyer & Försterling, 1993).

Bei Karina gibt es einen deutlichen Wechsel von externale Faktoren betonenden Attributionen, wie Streit mit dem Freund oder Tod der Großmutter als Auslöser für Panikanfälle sowie internalen Faktoren wie dem Drogenkonsum als Ursache hin zu einer existenziellen Attributionsperspektive (Rudolph & Steins, 1998), in der Karina ihre Paniksymptomatik als Mittel gegen den Drogenkonsum neu bewertet. Dabei kann allerdings nicht von einem Ent-

weder-oder der Attribution ausgegangen werden, sondern von einem Nebeneinanderstehen verschiedener Attributionen, von denen die eine oder andere zeitweise betont ist.

### Die attributionale Perspektive

Bei Nick vermittelt die lockere Haltung des Vaters eine geringe Fähigkeitseinschätzung sowie ein Abschwächen von Verantwortlichkeit (Weiner, 2006). Dies ist allerdings auch eine Bedingung der Theorie der Hoffnungslosigkeitsdepression (Abramson et al., 1978). Von Seiten der Eltern werden darüber hinaus unkontrollierbare Faktoren in den Störungsmodellen betont, die Nick die Verantwortlichkeit für sein Verhalten absprechen. Interaktionale und interne Attributionen des Teams heben mehr auf eine Verantwortlichkeit von Nick ab und vermittelten ihm zumindest ansatzweise eine positive Fähigkeitseinschätzung, trauen ihm Veränderungen zu, was ebenso auch von Seiten der Schule der Fall war, die allerdings auch internal-unkontrollierbare aber prinzipiell veränderliche Faktoren, wie z. B. mangelnde Arbeitshaltung anführt.

Bei Karina zeichnen sich die Störungsmodelle durch internal-unkontrollierbare und externale, für sie unkontrollierbare Attributionen aus, was im Licht der Hoffnungslosigkeitstheorie der Depression depressionsförderlich sein dürfte (Abramson et al., 1978). Die von Karina geäußerte existentielle Attributionsperspektive reduziert hingegen Schuldgefühle und wirkt über die Suche nach einem übergeordneten Zweck der Symptomatik entlastend (Rudolph & Steins, 1998). Die internal-kontrollierbare Perspektive lehnt Karina vielleicht auch ab, da sie weiß, dass damit Anforderungen an sie verbunden sind. Dies vor allen Dingen auch, da solche Attributionen eine Verantwortungszuschreibung ermöglichen (Weiner, 2006).

### Die Perspektive der Hypothesentheorie der Wahrnehmung unter Berücksichtigung der Forschungsergebnisse zur Verhaltensbestätigung

Im Fall von Nick könnte das zeitweise auffällige Verhalten der Mutter, das vom therapeutischen Team beschrieben wurde, durch eine selbsterfüllende Prophezeiung in der Interaktion mit Nick und dem Vater erklärt werden. Die Mutter verhält sich entsprechend den Erwartungen in einer aus deren Sicht pathologischen Art und Weise, zeigt sich allerdings in Interaktion mit dem Team in der Tagesklinik völlig anders (Snyder & Haugen, 1994, 1995). Entsprechend der Hypothesentheorie könnte die Haltung des Vaters und auch von Nick gegenüber der Mutter als eine sehr starke Hypothese angesehen werden, die zur Bestätigung nur wenig



Informationen bedarf (Lilli & Frey, 1993). Zu Karina liegen keine ausreichenden Informationen zur Verhaltensbestätigung vor.

### 6.3.5 Fallvergleich 5

#### 6.3.5.1 Fallvignetten

*Fallvignette Enrico: Bei Enrico handelt es sich um einen knapp zwölf Jahre alten Jungen, der aufgrund massiver Auffälligkeiten im schulischen Rahmen sowie aufgrund von Panikattacken, die vor ca. einem Jahr angefangen hatten, teilstationär behandelt wurde. Die Verhaltensauffälligkeiten bestanden dabei in verbal aggressiven Äußerungen gegenüber Mitschülern, die schon in der Grundschule begonnen hätten und eine Zuspitzung seit der Umschulung auf die Hauptschule erfahren hätten. Darüber hinaus wurden Regelverletzungen im schulischen Rahmen berichtet, so würde der Patient im Unterricht aufstehen, ein provokantes Verhalten gegenüber Mitschülern und sexualisierte Äußerungen an den Tag legen. Auch von Auffälligkeiten im häuslichen Rahmen wurde berichtet. Enrico würde seine Mutter beleidigen und überhaupt nicht auf sie hören, sodass es immer wieder zu erheblichen Konflikten kommen würde. Enrico lebte zum Zeitpunkt der Behandlung zusammen mit seiner Mutter, die liiert war und sich vom Vater noch in der Kleinkindzeit Enricos getrennt hatte. Seitdem sei es zu keinem Kontakt mehr, weder zwischen ihr und dem Vater, noch zwischen Enrico und dem Vater gekommen.*

*Fallvignette Wolfgang: Bei Wolfgang handelt es sich um einen zum Behandlungszeitpunkt 17-jährigen Jugendlichen, der ähnlich wie auch Enrico erhebliche Auffälligkeiten im schulischen Rahmen zeigte, wo er sich überwiegend gegenüber den Leistungsanforderungen der Lehrer verweigern würde und wo er ein sehr störendes Verhalten im Unterricht zeigen würde. Im Gegensatz zu Enrico aber wurden die Kontakte zwischen Wolfgang und seiner Peergroup eher positiv beschrieben. Nach einer ADHS<sup>22</sup>-Diagnose in der Grundschulzeit wurde Wolfgang bis kurz vor der Aufnahme in das teilstationäre Setting medikamentös behandelt. Neben seiner Verweigerungshaltung wurde auch ein lethargisches Verhalten von Wolfgang in der Schule beschrieben. Auch im häuslichen Rahmen kam es zu Regelverletzungen und der Verweigerung häuslicher Pflichten. Die Medikation war drei Monate vor Behandlungsbeginn in der Hoffnung, dass sich sein Verhalten verbessern würde, abgesetzt worden.*

---

<sup>22</sup> Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom

*Wolfgang lebt mit seiner Mutter, deren Partner, einer 15-jährigen Schwester und einem zehn jährigen Bruder zusammen. Der leibliche Vater lebte schon sehr lange getrennt von der Familie und litt unter einer Alkoholerkrankung.*

#### **6.3.5.2 Die Störungsmodelle bei Enrico**

Bei der Behandlung von Enrico handelt es sich um eine Behandlung, die nach einer diagnostischen Phase beendet worden war, da die sozialen Auffälligkeiten von Enrico ein Ausmaß angenommen hatten, das im teilstationären Setting nicht mehr zu bewältigen war.

#### **Zentraler Konflikt**

Der zentrale Konflikt lag zwischen dem Störungsmodell der Mutter, die externe Faktoren in den Vordergrund stellte und dem Störungsmodell des therapeutischen Teams, das internal-kontrollierbare Faktoren in seinen Störungsmodellen verfolgte, aber auch external-familienbezogene Faktoren, die auf das Erziehungsverhalten der Mutter fokussierten. Die Störungsmodelle der Mutter, in denen sie immer wieder den negativen Einfluss der Schule deutlich machte, standen allerdings in starkem Gegensatz zu sehr entwertenden Äußerungen Enrico gegenüber, dem sie neben einem entschuldigenden Verhalten auch massiven Ärger entgegenbrachte. Die sozialen Auffälligkeiten von Enrico führten zu einer immer größeren Eskalation in der Mitpatientinnengruppe, sodass die Behandlung nach zwei Wochen beendet wurde. Enrico teilte die Perspektive seiner Mutter und machte ebenfalls andere Personen, Lehrerinnen, die Mutter oder auch Patienten für seine Verhaltensauffälligkeiten verantwortlich. Die Störungsmodelle der Beteiligten standen dabei unvereinbar nebeneinander. Dabei war interessant, dass in geringerem Maße die Mutter und auch das Team external-familiäre Faktoren in den Störungsmodellen herausstellten. Während die Mutter aber den Vater einer genetischen Verursachung der Verhaltensauffälligkeiten von Enrico beschuldigte, stellte das Team die widersprüchliche Erziehungshaltung der Mutter heraus. Allerdings ist hier die Zuordnung der genetischen Verursachung des Vaters zu einem external-familienbezogene Attributionen beinhaltenden Störungsmodell diskussionswürdig. Geht man davon aus, dass der Vater schon lange nicht mehr zur Restfamilie gehört, kann dieses Störungsmodell auch in die Kategorie external-unkontrollierbar, also außerhalb der Familie liegend, eingeordnet werden.

Die Störungsmodelle der Beteiligten gruppierten sich um die beiden Problembereiche „soziale Auffälligkeiten zuhause“ und „soziale Auffälligkeiten außerhalb der Familie“. Die Paniksymptomatik wurde zwar beschrieben, da diese aber nicht aktuell schien und Enrico auch keine Hinweise auf ein gesteigertes Angsterleben zeigte, wurde diese kaum thematisiert.

### Die Problemperspektive von Enricos Mutter

Die Mutter beschrieb im häuslichen Rahmen eine Symptomatik die darin bestand, dass Enrico ihr gegenüber "pampig" sei, sich nicht an die Regeln halten würde (Vorstellungsgespräch 16.02.), dass er ihr gegenüber sich im Ton vergreife, auch andere Erwachsene, Freunde von ihr beleidige, sich gleichzeitig aber von ihr versorgen lassen würde (Aufnahmegespräch 26.10.) und dass er häusliche Pflichten wie das Säubern der Hamsterkäfige vernachlässigen würde (Elterngespräch 03.11.). Die Mutter führt in ihren Störungsmodellen dabei ausschließlich externale Verursachungsfaktoren auf. Darunter sind external-innerfamiliäre Faktoren wie die Hypothese, dass Enricos Verhalten genetisch vom Vater weitergegeben worden sei (Elterngespräch 05.11.), aber auch external-außerfamiliäre Faktoren, wie, dass die Schule eine gewalttätige Atmosphäre aufweise, dass extrem viele Schimpfwörter gebraucht würden und die Schule damit die Hauptverantwortung dafür habe, was Enricos unanständiges Vokabular angehe (Aufnahmegespräch 26.10.).

Auch was die Auffälligkeiten außerhalb der Familie angeht, die durch ein aggressives und regelverletzendes Verhalten von Enrico gekennzeichnet waren, sei die Schulsituation Schuld und die Auffälligkeiten im Rahmen der Behandlung wurden ebenfalls durch externe Verursachungsfaktoren seitens der Mutter erklärt. Dazu gehört, dass sie herausstellt, Enrico werde gemobbt und geärgert und körperlich angegriffen (Aufnahmegespräch 26.10.), dass die Schule die Hauptverantwortung für Enricos unanständiges Vokabular habe (Aufnahmegespräch 26.10.) und dass sie ihm beigebracht habe, in der Schule nicht nachzudenken, sondern zurück zu schlagen (Elterngespräch 28.10.). Dies ist ein Störungsmodellfaktor, der sowohl external-innerfamiliäre als auch external-außerfamiliäre Aspekte beinhaltet. Dabei steht die externale Sicht, besonders was die Probleme zuhause angeht, in einem Gegensatz zu den eher abwertenden Äußerungen der Mutter Enrico gegenüber und dem dabei spürbaren Ärger (Elterngespräch 03.11.).

### Die Problemperspektive von Enrico

Passend dazu ist Enricos Problemperspektive ebenfalls durch Störungsmodelle gekennzeichnet, die fast ausschließlich externale Faktoren in den Vordergrund stellen. So macht Enrico für seine Angstanfälle die Mitschüler verantwortlich, die ihn herumschubsen und schlagen würden (Vorstellungsgespräch 16.02.), äußert, dass die Lehrerinnen bis auf die Klassenlehrerin "blöd" seien (Einzeltherapie 27.10.) und dass er, wenn er schulfrei habe, dann keine Angst habe (Vorstellungsgespräch 16.02.). Die sozialen Auffälligkeiten innerhalb der

Familie kommentiert Enrico kaum. Er macht der Mutter gegenüber immer wieder Vorwürfe und erklärt, dass ihn alle zu Unrecht beschuldigen würden (Elterngespräch 05.11.). Auch die sozialen Auffälligkeiten außerhalb der Familie erklärt Enrico ausschließlich mit external-außerfamiliären Verursachungsfaktoren. So beschuldigt er die Mitschüler, ihn viel zu ärgern (Einzeltherapie 27.10.), wertet die Lehrer ab (Einzeltherapie 27.10.) und macht bei Auseinandersetzungen in der Tagesklinik mit einem Mitpatienten deutlich, dass er häufig ungerecht behandelt werde und dabei fast immer selber recht haben würde (Einzeltherapie 09.11.).

### Die Problemperspektive des therapeutischen Teams

Was die sozialen Auffälligkeiten zuhause angeht, wird vom Team ein erheblicher Verhaltenskontrast beschrieben, der aus einem sehr engen Verhältnis Enricos zu seiner Mutter und gleichzeitig auch aus einem sehr entwertenden, beleidigenden Verhalten ihr gegenüber besteht (Elterngespräch 03.11.). Zum einen wird vom therapeutischen Team nach dem Sinn dieser Symptomatik im Rahmen eines Verselbständigungsprozesses gefragt, womit internal-unkontrollierbare Faktoren im Sinne eines Entwicklungsmodells berührt sind (Elterngespräch 03.11.), zum anderen wird die Thematik aber auch im Sinne external-innerfamiliärer Faktoren analysiert, sodass die Hypothese aufgestellt wird, dass die Mutter selber sehr wenig Erfahrung mit eigenen Ablösungsprozessen gemacht hat (Elterngespräch 03.11.) und auf die Widersprüchlichkeiten zwischen ihren Äußerungen und ihren eher verwöhnenden Reaktionen gegenüber Enrico hingewiesen wird (Elterngespräch 03.11.).

Die sozialen Auffälligkeiten außerhalb der Familie nahmen einen sehr großen Raum innerhalb des teilstationären Settings ein, da sie immer wieder zu erheblichen Schwierigkeiten geführt hatten, in denen das therapeutische Team Streitigkeiten schlichten musste und allgemein eine hohe Kontrollfunktion gegenüber Enrico ausüben musste. Die dabei beschriebene Symptomatik bestehe in einer sehr wechselhaften Art und Weise, Kontakte zu gestalten, die mehr oder weniger merkwürdig sei (Erste Rückmeldung 03.11.), in einen Mitpatientinnen bedrohenden, beleidigenden und auch körperlich angreifenden Verhalten (Elterngespräch 05.11.) und einem auffälligen Verhalten in Essenssituationen, das eine starke Auswirkung auf die Mitpatienten hatte (Teamsitzung 27.10.).

In den Störungsmodellen des Teams zu diesen Symptomen überwiegen Ursachenzuschreibungen, die auf internal-kontrollierbare Faktoren abheben. So wird beschrieben, dass Enrico sich als Opfer für eine Außenseiterposition anbieten würde (Teamsitzung 27.10.), dass er sich für einen Jugendlichen in seinem Alter ungewöhnlich autark und provokant verhalte

und ein sexualisiertes Verhalten zeige (Teamsitzung 27.10.), dass er zwar mit den anderen spielen würde sich aber nicht wirklich darauf einlasse (Teamsitzung 27.10.), zuhause unwahre Dinge erzählen würde (Teamsitzung 02.11.), dass er gewohnt sei in der Schule eine Koalition mit der Mutter gegen die Lehrer zu schmieden (Elterngespräch 03.11.) und die Möglichkeit nutze, andere unter Druck zu setzen (Teamsitzung 05.11.) und es darauf anlege, die Stimmung zu manipulieren, indem er sich irritierend verhalten würde (Erste Rückmeldung 03.11.).

Es wird immer wieder das manipulierende Verhalten von Enrico hervorgehoben (Erste Rückmeldung 03.11, Elterngespräch 05.11, Notiz 06.11 und Einzeltherapie 09.11.). Internalunkontrollierbare Faktoren zeigten sich in der Erkenntnis, dass Enrico grundsätzlich an den Kontakten zu anderen Jungs interessiert sei, sie aber dann nicht gestalten könne (Erste Rückmeldung 03.11.).

Neben den internalen Faktoren werden aber auch external-innerfamiliäre Faktoren in den Störungsmodellen beleuchtet, die sich auf die Erziehungshaltung der Mutter konzentrieren. So wird die Haltung des Zurückschlagens problematisiert (Elterngespräch 28.10.), herausgestellt, dass die Mutter Enricos Verhalten aushalten und verharmlosen würde (Teamsitzung 10.11.) und dass die Mutter oft viel Angst haben würde, dass Enrico Unrecht geschehe (Teamsitzung 10.11.).

#### Die Entwicklung der Störungsmodelle im Behandlungsverlauf

In der Behandlung von Enrico gibt es zwar keine Entwicklung, was die Inhalte der Störungsmodelle angeht, wohl aber was die Intensität der Auseinandersetzung betrifft. Die Behandlung zeichnet sich durch eine sukzessive Polarisierung aus, in deren Verlauf sich die Positionen des therapeutischen Teams auf der einen Seite und die Positionen von Enrico und seiner Mutter auf der anderen Seite unversöhnlich gegenüberstehen.

#### **6.3.5.3 Die Störungsmodelle bei Wolfgang**

##### Zentraler Konflikt

Der zentrale Konflikt in der Behandlung von Wolfgang liegt für die Problembereiche „ADHS“ und „Probleme zu Hause“ zwischen internal-kontrollierbaren Attributionen wie z.B., dass Wolfgang eine „Egalhaltung“ an den Tag lege oder „bockig“ sei und internalunkontrollierbaren Attributionen, wie z.B. in der Aussage der Mutter, dass Wolfgang ihr leid tue, nahegelegt wird. Dabei gibt es eine Oszillation bei der Mutter zwischen diesen beiden Polen, aber auch bei voranschreitendem Therapieverlauf einen zunehmenden Widerspruch

zwischen den Störungsmodellen des Teams, die Kontrollierbarkeit betonen und einer Haltung der Mutter, die mehr und mehr Unkontrollierbarkeit des Problemverhaltens sieht. Ein weiterer Konflikt findet sich zwischen den Attributionen der Mutter und der Haltung des therapeutischen Teams, eine familiäre Verursachung durch ungünstige Erziehungshaltungen (external-kontrollierbar) anzunehmen.

Der Problembereich „außerfamiliäre Probleme“ ist zwar nicht durch unterschiedliche Störungsmodelle - alle Beteiligten gehen im Wesentlichen von Kontrollierbarkeit annehmenden Störungsmodellen aus - gekennzeichnet, wohl aber durch eine sehr unterschiedliche Bewertung dessen. Während Wolfgang es nicht problematisch findet, sich in der Schule völlig zu verweigern, wird dies von den Erwachsenen diametral entgegengesetzt bewertet.

### Die Problemperspektive von Wolfgangs Mutter

Bis auf die Äußerungen, dass Wolfgang zu dem Zeitpunkt, als er noch Medikamente eingenommen hatte, leichter führbar und ruhiger gewesen sei (Vorstellungsgespräch 07.04.) macht die Mutter zum Problembereich des ADHS keine störungsmodellrelevanten Äußerungen. Auch in Bezug auf die Schulprobleme sind die Äußerungen ebenfalls, was Kausalitätsvermutungen angeht, nicht ergiebig. Es kann aber festgestellt werden, dass im Fall der Schulprobleme bzw. der außerfamiliären Probleme eine Problemperspektive bei der Mutter vorherrscht, die internal-kontrollierbare Ursachen in den Vordergrund stellt. So äußert sie, dass sie versuche mit Wolfgang zu reden, aber nicht an ihn heran komme (Vorstellungsgespräch 07.04.), dass er in der Schule auf Lob für gute sportliche Leistungen gar nicht reagiere (Elterngespräch 23.06.) und fürchtet, dass er nach einer positiven Veränderung in der Schule stören würde, da er sich zuviel am Unterricht beteiligen würde (Elterngespräch 28.07.). Ebenfalls internal-kontrollierbare Ursachen sind in der Äußerung der Mutter zu finden, dass Wolfgang überhaupt keinen Respekt vor den Lehrerinnen habe (Vorstellungsgespräch 07.04.). Sie zieht darüber hinaus eine Verbindung zwischen den Verhaltensauffälligkeiten in der Schule und dem Absetzen der Medikamente (Vorstellungsgespräch 07.04.).

Im Gegensatz zu den anderen Problembereichen gibt es viele Problemschilderungen der Mutter, was die Schwierigkeiten zu Hause angeht, diese sind aber widersprüchlich. An einer Stelle äußert sie, dass Wolfgang überhaupt keine Probleme zu Hause habe und im gleichen Gespräch dann, dass er zu Hause zunehmend unruhiger geworden sei und die Mutter beleidigt habe (Vorstellungsgespräch 07.04.). Gleichzeitig verharmlost sie die beschriebene

Symptomatik und beschreibt die Streitigkeiten zwischen den Geschwistern und Auffälligkeiten als "pubertätsbedingte Frechheiten" (Vorstellungsgespräch 07.04.).

Auch die Störungsmodelle der Mutter zu diesen geschilderten Symptomen weisen auf eine Ambivalenz hin. Sie beschreibt internal-kontrollierbare Faktoren bei Wolfgang für seine Auffälligkeiten zu Hause, so z.B. dass er rumbocke, „dumme Sprüche“ los lasse, dass sie dies aber immer wieder in den Griff bekomme (Aufnahmegespräch 10.06.) und dass er eine Egalhaltung an den Tag legen würde und sich zurückziehen würde, wenn er Konsequenzen erfahre (Elterngespräch 07.07.). Auf der anderen Seite herrscht zeitgleich eine Störungsmodellperspektive vor, die internal-unkontrollierbare Faktoren betont. Dazu gehört auch die Beschreibung, dass die Medikamente zu Hause nicht mehr wirken würden (Vorstellungsgespräch 07.04.) und auch ihre Betonung ihrer Hilflosigkeit in Bezug auf ihre Versuche, ihn zu beeinflussen und konsequent zu sein. (Elterngespräch 17.08.). Die Mutter drückt ihre Ambivalenz auch in der Äußerung aus, dass es ihr schwer falle, konsequent zu sein, weil ihr Wolfgang oft leid täte (Elterngespräch 23.07.), in der ebenfalls eine eher internal-unkontrollierbare Ursachenzuschreibung hindurch scheint. External-innerfamiliäre Verursachungsfaktoren werden von der Mutter konsequent abgelehnt (Elterngespräch 17.08.).

### Die Problemperspektive von Wolfgang

Wolfgang nimmt in seinen Äußerungen die ADHS-Diagnose kaum auf. Eher beschäftigt er sich mit den außerfamiliären und auch häuslichen Schwierigkeiten. Was die außerfamiliären Probleme angeht, beschreibt er die Symptomatik, dass er in der Schule sehr unruhig sei, während des Unterrichts mit den anderen rede, seine Mitschülerinnen ärgere, in Schlägereien verwickelt sei und von der Schule für nicht mehr beschulbar gehalten werde (Vorstellungsgespräch 07.04.). Auch im Aufnahmegespräch am 10.06. unterstreicht er, dass sich in der Schule in der Zwischenzeit nichts verändert habe.

Wolfgang erklärt seine Schulprobleme überwiegend mit internal-kontrollierbaren Ursachenfaktoren. So äußert er, dass er, obwohl er ermahnt werde, weitermache und sich um die Reaktion der Lehrerinnen nicht kümmere (Vorstellungsgespräch 07.04.), dass es in der Schule langweilig sei, dass er nicht einsehe, warum er in die Schule gehen müsse (Einzeltherapie 18.06.) dass er keinen Bock mehr habe, viele Dinge zu erledigen und sich ständig einzubringen und dass er gegenüber Erwachsenen, die er nicht kennen würde sich sehr zurückhaltend verhalten würde (Einzeltherapie 17.08.). Es gibt aber auch vereinzelt andere kausale Modelle in den Äußerungen von Wolfgang. So beschreibt er einen internal-unkontrollierbaren

Faktor, indem er erklärt, dass sein häufiges Schweigen in Gesprächssituationen eher eine gewisse Unsicherheit und auch Angst sei, etwas Falsches zu sagen (Einzeltherapie 22.06.). Einen außerfamiliären Faktor angehend erklärt er, dass es die strengen Lehrerinnen besser schaffen würden, ihn zur Ruhe zu bringen als die Lehrer, die mehr durchgehen ließen (Vorstellungsgespräch 07.04.). Was die Probleme im häuslichen Rahmen angeht, äußert er im Rahmen eines Gesprächs über eine Selbstbeobachtungsaufgabe, dass er besser Dinge erledigen könne und sich einbringen könne, wenn er selber die Initiative ergreife und offenbart damit ein internal-kontrollierbares Handlungsmodell (Einzeltherapie 13.07.). Ansonsten tendiert Wolfgang dazu, die Schwierigkeiten zuhause entweder zu verleugnen (Vorstellungsgespräch 7.04.) oder als verbessert darzustellen (Einzeltherapie 13.07., Einzeltherapie 27.07.), was er hauptsächlich auf die Reduktion der Mediennutzung, die Teilnahme an Gesprächen zuhause und auf Verabredungen mit Freunden bezieht.

### Die Problemperspektive des therapeutischen Teams

In Bezug auf die ADHS-Symptomatik, die in Frage gestellt wird (Teamsitzung 18.06.), werden internal-kontrollierbare Kausalfaktoren in der Störungsmodellen geäußert. So sei es keine klare Symptomatik, sondern eher eine Verweigerungshaltung, die Wolfgang an den Tag legen würde (Teamsitzung 04.08., Telefonat 07.08.). Die Symptomatik, auf die die ADHS-Diagnose bezogen worden war, wird auch mit external-innerfamiliären Faktoren erklärt, nämlich dass Wolfgang wenig gefördert wirke (Einzeltherapie 15.07., Einzeltherapie 16.07.).

Was die außerfamiliären, also schulischen Probleme und auch die Auffälligkeiten in der Tagesklinik angeht, die als soziale Auffälligkeit im Sinne einer gewissen Rücksichtslosigkeit bzw. Aggressivität (z.B. Notiz 30.06.) und auch als Kommunikationsauffälligkeiten (Notiz 22.06.) beschrieben worden sind, sind eine Fülle von störungsmodellrelevanten Äußerungen mit internalen und auch externalen Faktoren zu finden. Beispiele für internal-kontrollierbare Faktoren, die sich in den störungsmodellrelevanten Äußerungen des Teams finden, sind, dass Wolfgang sehr von Aufforderungen und Anforderungen profitieren würde (Elterngespräch 23.06.), dass er kaum eine Idee habe, wozu er in die Schule gehen solle (Elterngespräch 23.06.), dass er nach Vorbildern suche und sich deswegen an einen Mitpatienten anähne (Teamsitzung 01.07.) und dass er wenig Ideen habe wie er sich mehr einbringen könne und dass er gelegentlich bei Aufforderungen verweigernd wirke (Einzeltherapie 15.07., Einzeltherapie 16.07.). Auch die Äußerungen, die sich auf eine gewisse Inaktivität und Passi-



vität von Wolfgang beziehen, wie z.B., dass er in seinem Verhalten sehr inaktiv sei und dieses Muster für sich stark verinnerlicht habe (Einzeltherapie 15.07. oder 16.07.), betonen internal-kontrollierbare Faktoren.

Internal-unkontrollierbare Faktoren werden z.B. in Äußerungen deutlich, dass Wolfgang sich merkwürdig verhalte und impuls geschwächt sei, teilweise regelrecht abwesend sei (Teamsitzung 18.06.), dass er auf der nonverbalen Ebene Interaktionsangebote annehme, diese verbal aber überhaupt nicht beantworten könne (Notiz 22.06.) und dass er sehr wenig Worte für sich habe, aber auch wenig seine Gefühle spüren und benennen könne (Einzeltherapie 21.07. oder 22.07.).

External-innerfamiliäre Faktoren sind in den Äußerungen zu finden, die sich auf eine mangelnde Förderung von Wolfgang (Notiz 22.06.), auf den übermäßigen Umgang mit dem Computer (Notiz 22.06., Elterngespräch 30.06.) und auf eine gewisse Deprivation und Vernachlässigung, hier insbesondere im Zusammenhang mit der mangelnden Dialogfähigkeit von Wolfgang beziehen (Notiz 30.07., Einzeltherapie 17.08., Notiz 24.08. und Nachbesprechung 02.09.).

Was die Probleme im familiären Rahmen angeht, dominieren eher Äußerungen, die external-innerfamiliäre Verursachungsfaktoren beinhalten. So wird beschrieben, dass die Eltern hilflos wirken und Wolfgangs Verhalten wenig fördern und begleiten (Elterngespräch 07.07.), Selbstverantwortung und Pflichten wenig gelernt erscheinen (Elterngespräch 07.07.) und dass die Mutter Wolfgang aufgrund von eigenen biografischen Erfahrungen viel bemuttern würde (Elterngespräch 17.08.), was allerdings von ihr abgelehnt wird. Diesen Äußerungen ist gemeinsam, dass sie zu wenig Führung und auch Konsequenz in der Erziehung von Wolfgang und auch eine beschützende Haltung ihm gegenüber vermuten.

### Die Problemperspektive der Schule

Von Seiten der Schule, in der Heimatschule und auch in der Krankenhausschule, werden internal-kontrollierbare Faktoren benannt, wie z.B. dass Wolfgang sich im schulischen Rahmen vollständig verweigere (Aufnahmegespräch 10.06.) aber auch external-innerfamiliäre Faktoren, wie z.B., dass er wenig gefördert wirken würde (Teamsitzung 18.06.) und als external-außerfamiliärer Faktor, dass die Situation sich nach Absetzen der Medikation negativ entwickelt habe (Aufnahmegespräch 10.06.). Dies hat allerdings auch einen internal-unkontrollierbaren Aspekt.

### Die Entwicklung der Störungsmodelle im Behandlungsverlauf

Was die Problematik zuhause angeht, wird von Wolfgang und der Mutter eine deutliche Entwicklung beschrieben, so z. B., dass er sich mehr an die Computerzeiten halten und keine Impulsdurchbrüche mehr haben würde (Elterngespräch 23.06.), dass er mehr reden, mehr erzählen und mehr Blickkontakt halten würde (Elterngespräch 23.06.), dass er insgesamt wenig Zeit am PC verbringen würde (Elterngespräch 07.07.), dass er sich weniger oppositionell und aggressiv verhielte (Elterngespräch 07.07.), sich verändert habe, sich sehr öffnen würde, sich sehr angenehm zeigen würde und in die Familie einbrächte (Elterngespräch 23.07.). Nur wenige Tage nach diesen positiven Äußerungen der Mutter zeigte sich eine deutliche Verschlechterung im Verlauf, bei der Wolfgang sich in der Tagesklinik zunehmend verweigerte und eine gewisse Hilf- und Ratlosigkeit mit seinem Verhalten auslöste. Hier wird auch eine Parallele zu Wolfgangs Schulsituation hergestellt. Die Idee, die Behandlung für zwei Wochen zu unterbrechen und dann mit Schulbeginn weiter fortzusetzen, um fokussierter an den Schulproblemen zu arbeiten, war dabei nicht umsetzbar, sodass die Behandlung beendet wurde.

#### **6.3.5.4 Sozialpsychologische Aspekte des Falls**

##### Passung der Störungsmodelle, Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Zwischen Enrico und seiner Mutter gab es eine Passung, die durch das Herausstellen externaler Faktoren in den Störungsmodellen begründet war. Dazu im Widerspruch verhielt sich allerdings Enricos Mutter auch abwertend und anklagend ihm gegenüber, was aus einer attributionalen Sicht eher auf Störungsmodelle hinweist, die internal-kontrollierbare Faktoren beinhalten. Möglicherweise wurden diese von der Mutter, obwohl vorhanden, nicht kommuniziert. Auf der manifesten Ebene gab es keine Passung zwischen den in den Störungsmodellen sichtbaren kausalen Faktoren beim therapeutischen Team und der Mutter. Die Mutter sah weder internal-kontrollierbare noch unkontrollierbare Faktoren, während diese beim Team überwogen.

Im Gegensatz dazu gab es bei Wolfgang eine solche Passung zwischen den Äußerungen des therapeutischen Teams und der Mutter schon. Dabei scheint es sowohl im Team als auch bei der Mutter eine Unsicherheit gegeben zu haben, inwieweit diese Faktoren internal-kontrollierbar oder unkontrollierbar für Wolfgang sind. Obwohl in dieser Hinsicht eine Passung gegeben war, finden die Störungsmodelle des therapeutischen Teams, die innerfamiliäre

Faktoren im Erziehungsverhalten oder eigene biographische Hintergründe der Mutter aufnehmen, keine Resonanz. Im Laufe der Behandlung ist bei der Mutter eher eine Entwicklung hin zu internal-unkontrollierbaren Faktoren in den Störungsmodellen zu sehen, beim Team eine Entwicklung hin zur Zunahme von external-familienbezogenen Faktoren. Die ADHS-Hypothese wird zugunsten von internal-kontrollierbaren Faktoren in den Störungsmodellen und external-familienbezogenen Faktoren vom therapeutischen Team aufgegeben (z.B. Verweigerung). Die Störungsmodelle des therapeutischen Teams und der Mutter entwickeln sich also zunehmend auseinander. Bei Wolfgang selber dominieren Störungsmodelle, die internal-kontrollierbare Faktoren in den Vordergrund stellen (z.B. keine Lust), womit eine gewisse Passung zum Team gegeben ist. Im Gegensatz zu dem Behandlungsverlauf bei Enrico, der allerdings auch deutlich kürzer war, handelt es sich bei diesem Behandlungsverlauf um einen dynamischeren, offeneren Prozess, an dessen Ende aber doch eine deutliche Differenz der Störungsmodelle steht.

#### Oszillation / Einheitlichkeit

Bei Enrico kann der Widerspruch zwischen einer anklagenden Haltung, die eine Verantwortlichkeit von Enrico impliziert und externalen Faktoren betonenden Störungsmodellen, auch als eine Fluktuation oder Ambivalenz bei der Mutter angesehen werden. Dabei drückt die Mutter Zorn und Wut aus, macht Enrico persönlich damit verantwortlich und entschuldigt ihn gleichzeitig über das Herausstellen von externalen Faktoren, möglicherweise aus Schuldgefühlen heraus oder aus dem Impuls heraus, ihn nach außen hin zu verteidigen. Die Störungsmodelle des therapeutischen Teams und auch die von Enrico bleiben stabil und unveränderbar. Allerdings zeigt die Mutter auch eine Attribution, die eher einen externalen Charakter hat, indem sie nämlich die Hypothese aufstellt, dass die Gene des Vaters Schuld an Enricos Auffälligkeiten sein könnten. Auch das wäre ein Hinweis auf eine Oszillation der Störungsmodelle bei der Mutter.

Bei Wolfgang liegt eine Ambivalenz und Widersprüchlichkeit in dem Schwanken der Mutter zwischen Störungsmodellen, die internal-kontrollierbare und unkontrollierbare Faktoren beinhalten. Die Mutter erlebt dabei eine Ambivalenz in Bezug auf eine konsequente Haltung Wolfgang gegenüber und zeigt gleichzeitig auch Hinweise auf Schuldgefühle. Diese Oszillation zwischen den beiden Attributionen kann letztendlich nicht aufgelöst werden. Die Störungsmodelle des therapeutischen Teams entwickeln sich hin zu external-familienbezogenen Faktoren, die von Wolfgang bleiben statisch internal-kontrollierbar, auch

die Störungsmodelle der Schule verändern sich eher nicht, wobei hier aber auch wenig Informationen vorliegen.

Während also bei Enrico und auch Wolfgang eine Oszillation in den Störungsmodellen auf Seiten der Mütter vorliegt, wird diese jeweils unterschiedlich ausgedrückt. Bei Enrico liegt diese Oszillation eher in dem Widerspruch zwischen der verbalen und der Verhaltensebene auf Seiten der Mutter, bei Wolfgang ist diese Oszillation auch in den Äußerungen der Mutter, die störungsmodellrelevante Informationen beinhalten, zu finden. Dadurch ist in der Behandlung von Wolfgang ein Raum für eine Entwicklung und auch eine Kommunikation über die Störungsmodelle möglich, was in der Behandlung von Enrico nicht der Fall gewesen war.

### Bindung / Autonomie

Bei Enrico wurde sein aggressives Verhalten zu Hause der Mutter gegenüber als Teil eines Ablösungsprozesses gedeutet und damit eine Sinnzuschreibung vom Team vorgenommen. Die enge Bindung von Enrico an die Mutter wurde herausgestellt und in einen Zusammenhang mit der Tatsache gestellt, dass sie selbst sich schon in einem Alter von vierzehn Jahren von ihrer Mutter hat trennen müssen und keine Erfahrungen mit regulären Ablösungsprozessen gemacht hat. Es wird auch herausgestellt, dass Enricos Verhalten sehr autark ist. Das Ablösungsthema steht allerdings aufgrund von Enricos Alter nicht im Vordergrund.

Auch bei Wolfgang beleuchten Äußerungen des Teams die Rolle von Ablösungsprozessen in dem Problemverhalten und stellen dieses mit biographischen Erfahrungen der Mutter in einen Zusammenhang. Dies wird allerdings von der Mutter zurückgewiesen. Gemeinsam ist den Fällen, dass beide Mütter diese Autonomie und Bindung thematisierenden Hypothesen nicht aufnehmen.

### Freiheitsgrade

Bei Enrico beinhalten die Störungsmodelle des Teams, die die kontrollierbaren Faktoren herausstellen, auch die Möglichkeit für ihn, sich anders zu verhalten. Es wird ihm also ein gewisser Freiraum zugesprochen. Aus der Perspektive der Mutter ist sein Verhalten aber fast völlig fremd gesteuert und wird external attribuiert, was ihn quasi zu einer Marionette macht, ihn aber auch entschuldigt und damit keinerlei Konsequenzen erleben lässt. Dadurch entsteht zwar auch ein Freiraum, den allerdings Enrico nur sehr einseitig negativ nutzt und der letzt-

endlich zu einer Verengung seiner Verhaltensoptionen führt. Er teilt dabei diese wenig Freiräume implizierende Perspektive mit seiner Mutter.

Auch bei Wolfgang werden internal-kontrollierbare Faktoren herausgestellt, die ebenfalls die Option beinhalten, sich anders zu verhalten. Auch in den Störungsmodellen der Mutter ist dies zeitweise der Fall, sodass Wolfgang durchaus in den kausalen Erklärungsversuchen Verhaltensspielräume zugesprochen werden. Die Ambivalenz der Mutter bezüglich der Frage, ob er sich tatsächlich auch anders verhalten kann, begrenzt wiederum seinen Verhaltensspielraum, ebenso wie die externale Faktoren beleuchtenden Störungsmodelle des therapeutischen Teams.

### Kooperationsgrad

Bei Enrico ist die Kooperation mit der Mutter an einigen Stellen gut, so z.B. als diese hospitiert und dem Setting gegenüber aufgeschlossen erscheint. Mehrfach gab es aber auch Situationen, in denen sie die Beschreibungen des Teams in Frage stellte und nachfragte, ob es sicher keine externen Auslöser für sein Problemverhalten gab, die ihn entschuldigen könnten, also verkürzt auf die Frage, ob nicht jemand anderes mit dem Streit angefangen hat. Die Kooperation zwischen Enrico und dem therapeutischen Team ist insgesamt eher als schlecht zu bewerten, da Enrico kaum in der Lage war, Anregungen aufzunehmen und durch hochfrequente Konflikte sowohl bei ihm als auch beim therapeutischen Team eine negativ Emotionalität entstanden war.

Bei Wolfgang war die Kooperation, insbesondere zwischen ihm und dem therapeutischen Team überwiegend gut, so dass er sich entwickeln konnte und sein Verhaltensrepertoire erweitern konnte. Am Ende der Behandlung bricht aber die Kooperation jäh ab, was in seinem verweigernden und oppositionellen Verhalten deutlich wird. An dieser Stelle bricht aber auch die Kooperation mit der Mutter ab, die sich hilflos zeigt oder dies zumindest vorgibt. Es gab allerdings auf Seiten des Teams schon zuvor Zweifel, ob die positiven Schilderungen der Veränderungen nicht auch eine Strategie der Mutter sein könnten, sich von dem Veränderungsdruck zu befreien, ohne selber viel verändern zu müssen, also ob tatsächlich die Kooperation überhaupt gegeben war.

### Interaktionale Sicht

Das therapeutische Team erklärte Enricos Verhalten aus einer Art Interaktion mit einer unklaren Erziehungshaltung und eigenen internalen Faktoren. Eine interaktionale Sicht der

Mutter gab es nicht. Sie wies jede eigene Beteiligung an der Symptomatik von sich und erklärte sich mehrfach völlig hilflos, also brachte aus ihrer Sicht eine kausale Erklärung vor, die external-außerfamiliäre Ursachen beinhaltete.

Bei Wolfgang gab es Ansätze einer interaktionalen Sicht, in dem er äußerte, dass er Mitschüler beleidige und angreife und diese das bei ihm ebenfalls tun würden. Den kognitiven Schritt, dies als einen wechselseitigen Prozess anzusehen, in dem beide Seiten miteinander interagieren, geht Wolfgang allerdings nicht.

### Die Perspektive der Reaktanzforschung

Bei Enrico dürften Reaktanzeffekte eine große Rolle gespielt haben (Miron & Brehm, 2006). Es entstand eine zunehmende Eskalation, in der die Anforderungen an Enrico seitens des Teams immer klarer formuliert wurden, auf die er dann mit einer Zuspitzung seiner Verhaltensauffälligkeiten reagiert hatte. Die Tatsache, dass das Team von internal-kontrollierbaren Faktoren ausging, hat dazu geführt, dass Druck auf Enrico, andere Verhaltensoptionen zu wählen, ausgeübt wurde. So wurde ihm in der teilstationären Behandlung ein Freiraum streitig gemacht, den er bei der Mutter hatte. Da er eine Menge an Verhaltensoptionen hatte, könnte die Aggression, die er im teilstationären Setting zeigte, auch eine Folge der Bedrohung dieser Verhaltensoptionen sein (Dickenberger et al., 1993). Die Handlungsfreiheit der Mutter könnte durch die auf ihr Erziehungsverhalten ausgerichteten Störungsmodelle des Teams bedroht worden sein. Enrico zwang darüber hinaus das Team immer mehr in eine Kontroll- und Forderfunktion, in der es kaum noch Raum für nette Interaktionen gab. In diesem Sinne bedrohte Enrico auch die Verhaltensoptionen des therapeutischen Teams, was zu einer gegenseitigen Aufschaukelung von Reaktanzeffekten beigetragen haben könnte (z.B. Shoham et al., 2004).

Bei Wolfgang wurden genauso wie auch bei Enrico Anforderungen an sein Verhalten gestellt, worauf Wolfgang erst positiv reagierte. Hier dürfte eine Konformitätstendenz zum Tragen kommen. Im letzten Drittel der Behandlung scheinen dann aber Reaktanzeffekte Überhand zu nehmen (Dickenberger et al., 1993; Brehm und Brehm, 1981, zit. nach Silvia, 2005). Dies könnte darauf zurückgehen, dass die Mutter anfangs stärker mit dem Team zusammen gearbeitet hatte, dann aber mehr aus der Kooperation herausgegangen ist. Nach Silvia (2005) sind Reaktanzeffekte dann wahrscheinlich, wenn die Ähnlichkeit mit dem Autor des Beeinflussungsversuches gering ist. Das könnte im letzten Teil der Behandlung für das Team, das mit seinen Bemühungen allein da stand, gelten. Nach Brehm (1976) sind Reaktan-

zeffekte umso wahrscheinlicher, wenn es sich um eine Autoritätsperson handelt. Auch das wäre beim therapeutischen Team gegeben, so dass es unterschiedliche Gründe dafür geben könnte, warum am Ende ein Bumerangeffekt entstand. Zwar ist die Mutter auch eine potentielle Autoritätsperson, verzichtet aber über weite Strecken auf diese Autorität.

### Die Perspektive der Dissonanzforschung

Enrico hat sich durchgehend konsonant zu seinen Überzeugungen verhalten, dass andere an seinem Verhalten Schuld sind. Der Druck, der auf ihn ausgeübt wurde, könnte zu einer gewissen Dissonanz beigetragen haben, aber auch aufgrund seiner Stärke letztendlich zu einer Festigung seiner Haltung geführt haben, da es für ein einstellungsdiskrepantes Verhalten zu dem er teilweise mehr oder weniger gezwungen wurde, eine externe Rechtfertigung gab. Die Einsicht, dass nicht immer die anderen Schuld sind, könnte Enrico durch eine selektive Suche nach neuen Informationen (Frey & Gaska, 1993) vermieden haben. Die Bedingungen für eine forcierte Einwilligung im Sinne des gesamten teilstationären Settings waren nicht gegeben, da es keine Selbstverpflichtung seinerseits gab und auch seine Entscheidungsfreiheit gering war.

Bei Wolfgang ist eine stärkere Kooperation zu Beginn erkennbar. Er verweigerte sich nicht, was vor dem Hintergrund seiner Einstellung zur Schule, die ja auch Teil der Therapie war, als eine Situation analog zur forcierten Einwilligung angesehen werden kann. Unklar ist, warum Wolfgang dann in sein altes Verhaltensmuster der Verweigerung zurückfällt. Auch hier könnte die Haltung der Mutter entscheidend sein, die den Änderungswiderstand der dysfunktionalen Kognitionen von Wolfgang über ihre soziale Unterstützung erhöht haben könnte. Die Gründe für eine solche Unterstützung der Mutter sind zwar unklar, vor dem Hintergrund der mehrfach geäußerten Zweifel an der Kooperationsbereitschaft der Mutter ist eine solche Unterstützung aber denkbar.

### Die Perspektive der Forschung zur Attribution

Enricos Tendenz, nur externale Ursachen für sein Verhalten verantwortlich zu machen, könnte Ausdruck des fundamentalen Attributionsfehlers sein (Meyer & Försterling, 1993), bei dem Enrico dazu tendiert, seine eigenen Handlungen als ausgelöst durch externale Umstände zu sehen, während er die Handlungen der anderen, die einen Bezug zu seinen haben, durch deren dispositionale Faktoren erklärt (z.B. „die sind einfach ungerecht“). Das Team nimmt variable Attributionen vor, die Enrico erlauben, sich auch anders zu verhalten,

obwohl diese auch einen dispositionalen Charakter haben. Die Mutter verhält sich mit ihren Attributionen schützend, in dem sie alles was ihr Kind tut, entschuldigt. Allerdings nimmt sie mit der Annahme genetischer Einflüsse durch den Vater auch eine extrem dispositionale Attribution vor. Dies wäre konsistent mit Untersuchungen von Kausalattributionen depressiver Mütter bei ihren Kindern (White & Barrowclough, 1998), wobei sie damit aber auch den Vater als externalen Faktor herausstellt. In den Attributionen des Teams und der Mutter ist ein Unterschied in der Stabilität erkennbar. Die Idee des Teams, dass sich Enrico auch anders verhalten könnte, impliziert eine geringere Stabilität der Kausalfaktoren.

Bei Wolfgang schwanken sowohl die Mutter als auch das therapeutische Team zwischen internal-kontrollierbaren und unkontrollierbaren Attributionen. Die dispositionale Attributionssicht setzt sich dann aber eher bei der Mutter durch. Das entspricht den Ergebnissen von Corcoran & Ivery (2004), die herausfanden, dass Eltern in nicht positiven Therapieverläufen die Problemverhaltensweisen ihrer Kinder auf internale, globale und dauerhafte Ursachen zurückführten im Gegensatz zu den Eltern, deren Kinder erfolgreich behandelt wurden, die mehr spezifische und vorübergehende Gründe für das Problemverhalten ihrer Kinder sahen. Das Team stellte Anforderungen an Wolfgang und ging davon aus, dass er in der Lage war, diese zu erfüllen. Dies wäre eine nicht-dispositionale Sicht, da er die Freiheit hat, sich anders zu verhalten, wenn er will. Die Konsistenzdimension (Meyer & Försterling, 1993) wäre potentiell niedrig. Wolfgang selber nimmt internale Attributionen vor, die aber nicht dispositional sind, da er sein Verhalten als eine Willensentscheidung darstellt.

### Die attributionale Perspektive

Bei Enrico weist die Tatsache, dass die Mutter eine negative Emotionalität ihm gegenüber ausdrückt, entsprechend dem attributionalen Ansatz (Meyer & Försterling, 1993; Barrowclough et al., 1994) auf eine Verantwortungszuschreibung beinhaltende, also Kontrollierbarkeit annehmende Attributionen hin. Dies stellt (s. o.) einen Widerspruch zu ihren externalen Attributionen dar. Enrico selbst könnte durch diese externalen Attributionen ein verstärktes Hilflosigkeitserleben (Abramson et al., 1978) entwickeln, da er durch die überwiegend externalen Attributionen eine mangelnde Kontrollierbarkeit erlebt, was sich letztendlich auch in seinem Angsterleben widerspiegeln könnte. Er könnte die Hoffnungslosigkeit erleben, wichtige negative Ereignisse in seinem Leben nicht abwenden zu können. Dabei dürfte er dies als alle Lebensbereiche durchziehend, also global erleben, was mit einem verstärkten Depressionsrisiko einhergehen würde (Chan, 2012; Corcoran & Ivery, 2004).



Wolfgang nimmt im Gegensatz zu Enrico überwiegend interne, auf die Schule bezogene, spezifische und stabile Attributionen vor. Er sieht nicht ein, wozu er in die Schule gehen soll. Die Mutter schwankt anfangs zwischen kontrollierbaren und unkontrollierbaren Attributionen, was allerdings gegensätzliche Implikationen für die Konsequenzen dieser kausalen Sicht hat. Einmal wäre es eine Anforderungshaltung mit entsprechenden Ärger-Emotionen bei Verweigerung, zum anderen eine Schutzhaltung, die von einer geringen Fähigkeit ausgehen würde (Weiner, 2006). Das Schwanken dazwischen dürfte einen chaotisierenden Effekt auf das Erziehungsverhalten der Mutter haben und dem Kind gegensätzliche Botschaften geben, die mit der Verweigerungshaltung als reduziertester Möglichkeit eigener Verhaltenssteuerung zusammenhängen könnten. Die Mutter transportiert mit ihrem gewähren lassenden Verhalten eine Sicht von negativen Lebensereignissen in einem sehr wichtigen Verhaltensbereich (Schule), die stabile, globale Gründe hat. Dies steht in Bezug zur Theorie der Hoffnungslosigkeitsdepression (Abramson et al., 1978), was sich sowohl auf die Mutter auswirkt, die tatsächlich ja auch ihre Hilflosigkeit betont, als auch auf Wolfgang, der im letzten Teil der Behandlung in seine indifferente Verweigerungshaltung zurückfällt.

#### Die Perspektive der Hypothesentheorie der Wahrnehmung unter Berücksichtigung der Forschungsergebnisse zur Verhaltensbestätigung<sup>23</sup>

Enrico teilt die starke Hypothese, dass er ungerecht beurteilt und behandelt wird, mit seiner Mutter. Die gegenseitige soziale Unterstützung könnte dabei zur Bestätigung der Hypothese beitragen. Es kann von einer defensiven Motivation ausgegangen werden, da es einen erheblichen Druck der Umwelt gibt (Fischer & Greitemeyer, 2010). Das mit der Symptomatik zusammenhängende Erleben, sowie ein reales soziales Ausgeschlossenensein dürfte dabei zu einem Positivitätsbias beigetragen haben, durch das die Informationen selektiv so aufgenommen werden, dass die ursprüngliche Hypothese immer wieder bestätigt wird (Greitemeyer et al., 2012).

In der Behandlung von Wolfgang ist bei seiner Mutter ein Schwanken zwischen verschiedenen Hypothesen zu erkennen. Da vorwiegend mit der Mutter und Wolfgang gearbeitet wurde, könnte die Hypothese der Unkontrollierbarkeit von Wolfgangs Verhalten durch soziale Unterstützung in der Familie genährt worden sein und somit sich letztendlich durchgesetzt haben. Auch die Frage, inwieweit Erfahrungen des sozialen Ausgeschlossenenseins (Greitemeyer, et al., 2012) bei der Mutter eine voreingenommene Hypothesenprüfung haben bedingen

---

<sup>23</sup> Übersetzung des Begriffs „Behavior Confirmation“

können und zu dem Kippen hin zu unkontrollierbaren Attributionsfaktoren beigetragen haben könnten, kann diskutiert werden. Der Prozess, über den sich die Hypothesen der Mutter auf Wolfgangs Verhalten ausgewirkt haben könnten, könnte der einer Verhaltensbestätigung (Maddux, 1993; Snyder & Haugen, 1994; 1995) sein.

### Die Perspektive der Theorie sozialer Vergleichsprozesse

Enrico ist in der teilstationären Behandlung mit anderen Patienten, die sich teilweise in seiner Altersgruppe befinden, konfrontiert. Dabei dürften soziale Vergleichsprozesse (Frey et al., 1993) eine wichtige Rolle spielen. In seinen Störungsmodellen spiegeln sich eher abwärtsgerichtete Vergleiche mit Kontrasteffekten, also ein defensives Vergleichsmuster wieder, da die anderen Personen schlecht abschneiden und entsprechend beurteilt werden.

Bei Wolfgang gab es zu Behandlungsbeginn einen positiveren Prozess, indem er neue Verhaltensweisen ausprobierte und eine Veränderung seines Problemverhaltens, zumindest zu Hause, zeigte. In Begriffen der Theorie sozialer Vergleichsprozesse (Frey et al., 1993) könnte dies mit Identifikationseffekten nach oben gerichteter Vergleiche mit anderen Patienten, die erfolgreich behandelt wurden und in der Behandlung weiter fortgeschritten waren, erklärt werden.

### **6.3.6 Fallvergleich 6**

#### **6.3.6.1 Fallvignetten**

Fallvignette Armando: Armando ist ein zum Behandlungszeitpunkt 15-jähriger Jugendlicher, der seit ca. sechs Monaten unter einer Angstsymptomatik litt, in deren Verlauf er körperliche Beschwerden erlebte, Probleme hatte, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen und insgesamt eine Einengung seines Handlungsspielraumes erfuhr, sodass er aufgrund seiner Angst kaum noch das Haus verlassen konnte. Seit ca. vier Monaten vor Behandlungsbeginn war er darüber hinaus nicht mehr in der Lage, die Schule zu besuchen. Schon einige Jahre zuvor erlebte er Übelkeit bei Autofahrten, was sich dann im Laufe der Jahre immer mehr gesteigert hatte und zu einem umfassenden Vermeidungsverhalten geführt hatte. Armando lebte gemeinsam mit seinen Adoptiveltern, von denen er unmittelbar nach der Geburt adoptiert worden war, und einer älteren, ebenfalls adoptierten Schwester. Die Eltern waren beide berufstätig, der Vater Lehrer, die Mutter Erzieherin. Armando wurde in das teilstationäre Setting aufgenommen, nachdem er schon ca. zwei Monate unmittelbar zuvor stationär ohne Erfolg behandelt

worden war. Hintergrund für die Idee einer teilstationären Behandlung war ein stärkerer Einbezug der Familie in das Behandlungssetting.

Fallvignette Michaela: Michaela ist eine 17-jährige Jugendliche, die seit mehreren Jahren in Heimeinrichtungen lebt und mehrere Einrichtungswechsel, das letzte Mal vor einem Jahr mitgemacht hat. Aufnahmearbeit waren Stimmungseinbrüche mit Selbstverletzungen, soziale Unsicherheiten, Konflikte in der Peergroup und auch Konflikte mit den Erziehern in der Einrichtung. Michaela war fremduntergebracht worden, nachdem sie im familiären Rahmen massiv oppositionelles Verhalten gezeigt hatte und schließlich von zu Hause im Alter von 14 Jahren ausgerissen war. Aktuell besuchte sie eine Berufsvorbereitungsmaßnahme, nachdem sie den Hauptschulabschluss absolviert hatte. Der Vater von Michaela verstarb, als sie etwa zehn Jahre alt gewesen war, an den Folgen einer Alkoholerkrankung. Ein älterer Halbbruder von Michaela hatte aufgrund seines aggressiven Verhaltens die Familie verlassen müssen. Michaela hat seitens des Bruders, aber auch durch außerfamiliäre Personen Gewalt bzw. sexuelle Gewalt erlebt.

#### **6.3.6.2 Die Störungsmodelle bei Armando**

##### Zentraler Konflikt

In den Störungsmodellen von Armando herrschen internal-unkontrollierbare Attributionen und external familienbezogene Attributionen vor. Er räumt ein, dass die Angst zwar da sei, die Eltern diese aber mit auslösen würden. Konflikte sieht Armando allein durch die Eltern ausgelöst (external-innerfamiliär). Bei den Eltern dominiert eine Haltung, in der der Vater kontrollierbare und die Mutter unkontrollierbare Attributionen vornimmt, in dieser Hinsicht gibt es auch einen Konflikt zwischen den Eltern. Der Vater sieht die Angstsymptomatik als Verweigerung, die Mutter als unkontrollierbare Krankheit. Im Laufe der Behandlung lassen die Eltern sich aber auf einen Perspektivenwechsel ein und fokussieren mehr auf Attributionen mit externalen familiären Faktoren. Die Eltern richten dabei ihre Aufmerksamkeit weniger auf die Angst, als auf die familiären Konflikte und ziehen eine Verbindung zwischen den beiden Symptombereichen. In diesem Punkt gibt es eine Annäherung zwischen den Eltern und Armando. Diese trägt aber nicht durch und die anfänglich positiven Veränderungen kippen, als Armando ohne Wissen der Eltern ein pflanzliches Medikament einnimmt, das ihm bei seiner Angstsymptomatik im Hinblick auf den Schulbesuch helfen soll, worauf die Eltern das Vertrauen in Armando beschädigt sehen und den Fokus wieder auf internal-kontrollierbare

Faktoren legen. Dies führt zu gegenseitigen Schuldzuweisungen und einer Eskalation der Konfliktsituation. Das therapeutische Team sieht mehr und mehr eine Verbindung zwischen den Konflikten und der Angst und beleuchtet sowohl internal-kontrollierbare als auch external-innerfamiliäre Faktoren, aber auch interaktionale Faktoren.

### Die Problemperspektive von Armando

Armando beschreibt in Bezug auf die Angstproblematik, dass er die Schule aufgrund seiner Übelkeit nicht besuchen könne, sich nicht dort aufhalten könne wo größere Menschenmengen seien, nur noch zu wenigen Gelegenheiten die Wohnung verlasse und die meisten Freunde ihn besuchen kommen würden (Vorstellungsgespräch 20.01.).

In den in seinen Äußerungen sichtbaren Störungsmodellen dominieren internal-unkontrollierbare und external-innerfamiliäre Verursachungsfaktoren. Eine internal-kontrollierbare Ursachenbeschreibung nimmt Armando überhaupt nicht vor. So beschreibt er ein völliges Fehlen von Auslösern und damit auch von Kontrollmöglichkeiten, wie z. B., dass es zurzeit nichts geben würde, was ihm in der Schule Angst machen würde (Vorstellungsgespräch 20.01.), verneint, dass es Ereignisse gebe, die ihm Sorgen oder Kummer machen würden (Vorstellungsgespräch 20.01.) und glaubt, dass seine Angststörung nicht mit Leistungsanforderungen in der Schule zu tun habe (Einzeltherapie 05.05.). Allerdings lässt Armando immer wieder auch eine gewisse Unklarheit bezüglich internal-kontrollierbarer Faktoren entstehen, so z. B. in der Konferenz am 19.05., wo er einräumt, dass auch ein gewichtiger Anteil Nichtwollen bei seinem Vermeidungsverhalten dabei sei, dass aber der größere Anteil die Angst sei.

Armando führt immer wieder external-innerfamiliäre Verursachungsfaktoren an, um sein Vermeidungsverhalten zu begründen. So beschreibt er, dass das S-Bahn-Fahren, das als Reizkonfrontation Teil des Behandlungsplanes war, zu 40 Prozent nicht geklappt habe, da er wegen einem Streit mit seinen Eltern keine Lust dazu gehabt habe, allerdings zu 60 Prozent die Angst der Grund dafür gewesen sei (Einzeltherapie 26.04.). Im Rahmen des Rückschulungsversuches, der anfangs ganz gut geklappt hatte, beschreibt Armando, dass er nicht zur Schule gegangen sei, da er ein pflanzliches Medikament, das er ohne Wissen der Eltern eingenommen habe, nicht fand, da die Eltern es ihm weggenommen hätten. Hier führt er erneut Ärger auf seine Eltern als Grund an, räumt allerdings nach wie vor der Angst den größeren Teil der Verursachung ein (Elterngespräch 02.06.). Generell drückt er aus, dass ihm außer der Schulverweigerung nichts anderes einfalle, womit er seine Eltern beeindrucken könne, da

seine Eltern ihn ständig begrenzen, gängeln und kontrollieren würden (Einzeltherapie 07.06.). Armando zeigt Hinweise auf ein komplexes Störungsmodell, in dem er seine Problematik als eine Mischung zwischen den Konflikten mit seinen Eltern und der Angst, die er erlebt, erklärt (Einzeltherapie 16.06.) und allgemein formuliert, dass er ein stärkeres Angsterleben spüren würde, wenn er einen Konflikt mit seinen Eltern habe und dann am nächsten Tag größere Schwierigkeiten habe, in die Schule zu gehen (Einzeltherapie 16.06.). In diesen Störungsmodellen ist meistens eine Grenze zwischen internal-kontrollierbaren und external-innerfamiliären, bzw. internal-unkontrollierbaren Attributionen berührt. Obwohl also internal-kontrollierbare Störungsmodelle nicht direkt ausgedrückt werden, entsteht trotzdem immer wieder der Eindruck, dass sie doch vorhanden sind.

Mit dem Symptombereich der Konflikte mit seinen Eltern beschreibt Armando Konflikte um den Computerkonsum (Einzeltherapie 26.04., Einzeltherapie 18.05.) und Konflikte um die Beurteilung der Angstsymptomatik (Einzeltherapie 18.05.). Diesem Symptombereich räumt Armando auch internal-kontrollierbare Faktoren ein, wenn er beschreibt, dass er bei seinem Verweigerungsverhalten immer auch im Kopf habe, Computer spielen zu wollen (Familiengespräch 06.05.) und wenn er äußert, dass er glaube, mehr Schuld an den Problemen zu haben als seine Eltern, aber nicht alleine Schuld sei (Einzeltherapie 18.05.). Als einen internal-unkontrollierbaren Faktor nennt Armando, dass er seinen Eltern nicht richtig vertrauen würde und nicht wisse warum (Einzeltherapie 10.05.).

Überwiegend beschreibt Armando aber external-innerfamiliäre Verursachungsfaktoren für die Konflikte. So beschreibt er, dass er seinen Eltern nicht mehr trauen würde, da sie mit ihm ohne sein Wissen auf die Autobahn gefahren seien, obwohl er große Angst davor gehabt habe (Einzeltherapie 26.04.), äußert, dass er die Reizkonfrontation und therapeutischen Übungen nicht gemacht habe, um sich an seinen Eltern zu rächen (Einzeltherapie 05.05.), dass die schlechte Stimmung zu Hause dadurch entstehen würde, dass seine Eltern immer etwas an ihm kritisieren würden (Einzeltherapie 05.05.), dass er das Gefühl habe, häufig zu Hause kontrolliert zu werden und er aus diesem Grund überhaupt keine Lust mehr habe, an den Wochenenden nach Hause zu kommen (Einzeltherapie 05.05.), begründet seine mangelnde Kooperation, therapeutische Übungen durchzuführen, mit der schlechten Stimmung zu Hause (Einzeltherapie 05.05.) und äußert, dass er das Gefühl habe, dass die Eltern beide gegen ihn seien (Familiengespräch 27.05.). Auch bei diesen external-innerfamiliären Störungsmodellen sind immer auch Aspekte von internal-kontrollierbaren Faktoren enthalten, die aber nicht explizit formuliert werden.

### Die Problemperspektive der Eltern von Armando

Die Eltern beschreiben zur Symptomatik, dass Armando nach der stationären Behandlung nicht die Schule besucht habe und auch Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln vermieden habe (Aufnahmegespräch 19.04.), beschreiben aber auch eine deutliche Veränderung nach einem Vorgespräch in der Klinik, das der Vorbereitung der Behandlung diene, nachdem Armando in Begleitung der Mutter mehrfach längere Fahrten in Bussen unternommen habe und auch alleine gefahren sei (Aufnahmegespräch 19.04.).

Was die Störungsmodelle zur Angstsymptomatik angeht, gibt es unterschiedliche Perspektiven der Eltern. So favorisiert der Vater internal-kontrollierbare Störungsmodelle, wie z. B., dass aus seiner Sicht die Symptomatik von Armando weniger Angst und mehr Verweigerung sei (Elterngespräch 04.05.), dass er erstaunt darüber sei, wie leicht es Armando fallen würde, vorher vermiedene Dinge wie z.B. die Fahrt über die Autobahnbrücke doch zu tun (Elterngespräch 11.05.), dass es möglicherweise eine einfache Kosten-Nutzen-Rechnung sei und Armando sich in der Situation wohlfühlen würde und glaube, dass dies immer so weiterginge (Elterngespräch 11.05.). Der Vater distanziert sich darüber hinaus explizit von Schuldgefühlen (Elterngespräch 27.04.), die die Mutter allerdings für sich einräumt. Der Vater beschreibt darüber hinaus, dass Armando jedes Zurückweichen als eine Niederlage ansehen würde und deswegen den Kampf um die Erfüllung der Anforderungen an ihn bis zum letzten ausfechte (Elterngespräch 25.05.). Bei der Mutter finden sich mehr Äußerungen zu internal-unkontrollierbaren Faktoren. Sie beschreibt, dass sie sehr unsicher sei, wie sie sich Armando gegenüber verhalten solle und äußert die Befürchtung, dass er aufgrund der therapeutischen Aufgaben, wie z. B. dem Aufzug fahren, überfordert werde, wohl mit der Idee, dass dann die Angst zu groß ist (Telefonat 21.04.), favorisiert eher den Erkrankungsgedanken, gibt sich selber Schuld an der Symptomatik (Elterngespräch 04.05.) und führt die Angst Armandos an, die ihn daran hindern könnte, wie angekündigt in die Schule zu gehen (Elterngespräch 25.05.).

Was den Symptombereich der Konflikte mit den Eltern angeht, wird beschrieben, dass sie sehr schockiert darüber seien, wie negativ Armando das Zusammenleben der Familie beurteilen würde (Elterngespräch 27.04.), dass es insbesondere an den Wochenenden massive Konflikte gebe und dass es nicht so weitergehen könne (Konferenz 19.05.).

In den Störungsmodellen der Eltern finden sich in diesem Symptombereich überwiegend Kausalfaktoren, die aus dem Bereich der internal-kontrollierbaren Attributionen stammen. So wird beschrieben, dass Armando durch ein provokantes Verhalten versuche, die Atmosphäre zu vergiften, um dann einen Grund zu haben, seine Aufgaben nicht durchzuführen

(Elterngespräch 27.04.), dass Armando es darauf angelegt habe, mit ihnen einen Streit zu bekommen (Elterngespräch 04.05.), dass beide sehr verletzt über die Streitigkeiten an den Wochenenden mit Armando seien (Familiengespräch 06.05.), dass Armando schon immer kompromissloser gewesen sei, stur gewesen sei und viel investiert habe um etwas zu bekommen (Familiengespräch 06.05.), dass Armando sich vollständig verweigern würde und dass diese Verweigerungshaltung nicht besprechbar sei (Konferenz 19.05.). Eine etwas andere Sichtweise, die allerdings ebenfalls internal-kontrollierbare Kausalfaktoren beinhaltet, bringt die Mutter ein, die nachfragt, inwieweit Armandos Problematik mit der Adoptionssituation zusammenhängen könnte und dass er ja möglicherweise seine Eltern mit seinem Verhalten testen wollte, wie weit sie zu ihm halten würden (Elterngespräch 25.05.).

### Die Problemperspektive des therapeutischen Teams

Zur Angststörung wird beschrieben, dass die Symptomatik eine gewisse Unberechenbarkeit aufweise (Supervision 11.05.), dass Armando punktuell immer wieder Dinge tun würde, vor denen er Angst habe, dass er dann aber wieder diese nicht machen würde und eine Ratlosigkeit darüber entstehe, wie dies zu erklären sei, dass Armandos Fähigkeit, Angstsituationen durchzustehen, völlig unberechenbar sei (Elterngespräch 11.05.) und dass Armando kein eigenes Anliegen an die Therapie habe, weder Trost noch Führung suche und auch nicht wirklich Therapieziele angeben könne (Einzeltherapie 31.05.).

In der Problemperspektive des Teams herrschen zwar internal-kontrollierbare Störungsmodelle vor, darüber hinaus gibt es allerdings auch internal-unkontrollierbare sowie external-innerfamiliäre Störungsmodellfaktoren.

Die internal-kontrollierbaren Störungsmodelle zeigen sich z.B. in Äußerungen, dass Armando als widerständig erlebt werde, obwohl er eine augenscheinlich kooperative Haltung an den Tag lege (Einzeltherapie 20.04.), dass es einen erheblichen Widerspruch zwischen dem im Prinzip verständigen Verhalten von Armando, was die Rolle der Vermeidung angeht und seinem Handeln gibt, dass Armando es eigentlich darauf anlegt, den Eltern nach dem Wochenende ein schlechtes Gewissen zu machen, in dem er die therapeutischen Aufgaben scheinbar aufgrund seiner Angststörung nicht hinbekommt (Teamsitzung 04.05.), dass es auch etwas Demonstratives gehabt habe, dass er die therapeutischen Aufgaben nicht durchgeführt habe, dies möglicherweise eine Botschaft in Richtung der Eltern sei (Teamsitzung 04.05.), oder wenn beschrieben wird, dass Armando im Laufe des Nachmittags sich doch ent-

schieden habe, nichts zu tun und die Reizkonfrontation nicht durchgeführt habe (Einzeltherapie 05.05.).

Die internal-unkontrollierbaren Verursachungshypothesen des therapeutischen Teams beziehen sich z. B. auf die Abgrenzung von einer vorgetäuschten Angst, da Armando ganz typische Merkmale von Angstpatienten mit einer Panikstörung zeigen würde (Supervision 11.05.), zeigen sich in der Formulierung, dass es eine Ambivalenz zwischen Ablösungs- und Bindungswünschen von Armando gebe, die sich u.a. in seiner Angst ausdrücken würde (Einzeltherapie 07.06.), und z. T. auch, dass er über seine Symptomatik eine starke Nähe zu seinen Eltern herstelle (Supervision 11.05.). Ein weiteres, auch eher Unkontrollierbarkeit annehmendes Störungsmodell bezieht sich auf das Interaktionsverhalten von Armando gegenüber seinen Eltern, mit dem er möglicherweise eine Distanz erzeuge, unter der er dann leiden würde und dieser Mangel an Nähe sich dann in seiner Angststörung ausdrücken könnte (Supervision 11.05.).

Von Behandlungsbeginn an fokussiert das therapeutische Team auch auf external-innerfamiliäre Verursachungsfaktoren. So wird beschrieben, dass die Eltern sehr in die Vermeidungssymptomatik von Armando mit einbezogen seien (Aufnahmegespräch 19.04.), dass die Mutter wie selbstverständlich immer wieder dabei sei, Armandos Vermeidungsverhalten zu unterstützen (Elterngespräch 20.04.), dass die Angst von Armando einer speziellen Art der Angstverarbeitung der Eltern entspricht, die in ihrer Biographie verwurzelt sei (Supervision 11.05.), oder auch, dass Armandos Verhalten eine Funktion innerhalb der Familie haben würde (Elterngespräch 11.05.).

Als external-außerfamiliärer Faktor wird vom therapeutischen Team genannt, dass die Symptomatik möglicherweise durch die Art der Behandlung mit aufrecht erhalten werde (Elterngespräch 11.05.).

Darüber hinaus werden interaktional orientierte Störungsmodellhypothesen aufgestellt. So wird beschrieben, dass die Angstsymptomatik von Armando in die typischen Auseinandersetzungen zwischen Eltern und Kindern hineingeraten sei und dadurch besonders hartnäckig sei (Elterngespräch 27.04.), dass seine Symptomatik möglicherweise eine Botschaft an die Eltern sei und sehr stark in die Familieninteraktion eingebunden sei (Rückmeldung aus der Schule 29.04.), dass Armando in einem Teufelskreis gefangen sei, in dem er sich möglicherweise wünscht, mehr Zuwendung über ein instrumentelles Verhalten zu bekommen, wodurch er allerdings eine Distanz erzeuge, die letztendlich das, was er bekommen möchte, reduziere (Familiengespräch 06.05.). Zu den interaktional orientierten Störungsmodellhypo-



thesen gehört auch die Idee, dass die Symptomatik sich möglicherweise auflösen würde, wenn sie nicht mehr als Kampf zwischen Armando und den Eltern eingesetzt werden kann (Konferenz 19.05.). Weiterhin wird vermutet, dass es ein Problem der Abstimmung zwischen Armandos Bedürfnissen und den Bedürfnissen seiner Eltern geben könnte und letztendlich mit einem Kampf um Ablösung und Autonomie über Schuldgefühle zu tun haben könne (Elterngespräch 25.05.).

Was den Symptombereich der Konflikte mit den Eltern angeht, sieht das Team ausschließlich internal-kontrollierbare und external-innerfamiliäre Faktoren, die in den Störungsmodellen ausgeführt werden. Auf der internal-kontrollierbaren Seite sind dies Äußerungen wie, dass Armando Experte für Machtkämpfe und Eskalationen sei und hier offensichtlich Oberhand gegenüber den Eltern gewinne, was in den Zusammenhang mit Ablösung und Bindung gestellt wird (Elterngespräch 04.05.), dass Armando seine weichen, freundlichen Seiten eher ausblende und sich mit negativen Gefühlen wie Ärger und Wut beschreibe und sich eher in einem Schurkenstatus sonne (Einzeltherapie 10.05.), dass Armando in seinem Verhalten instrumentell wirke, Angebote, die eigentlich Beziehungsangebote sind, eher für seinen Vorteil nutze, aber gleichzeitig auf die Eltern zukomme und mehr Flexibilität im Umgang mit Konfliktsituationen zeige (Einzeltherapie 31.05.).

External-innerfamiliäre Faktoren sind, dass der Vater eine stärker sanktionierende bzw. erzieherische Haltung als die Mutter habe, die eher hilflos und wenig erzieherisch auf Armandos Verhalten reagiere (Familiengespräch 06.05.), dass die Eltern sich auf einer emotionalen Ebene von Armando distanzieren und ihre Schwierigkeiten auf Armandos aggressive Verhaltensweisen zu reagieren möglicherweise auch etwas mit der Adoption von Armando zu tun haben könnten (Familiengespräch 06.05.), dass die Eltern dem Konflikt mit Armando aus dem Weg gehen bzw. seine Herausforderungen nicht annehmen würden, was er möglicherweise auch mit einer möglichen Gleichgültigkeit der Eltern erkläre (Supervision 11.05.) und dass die Eltern möglicherweise von Armandos Entwicklung enttäuscht sein könnten, insbesondere der Vater (Supervision 11.05.).

Interaktional orientierte Hypothesen des therapeutischen Teams sind zum Beispiel die Äußerung, dass die Konfliktsituation mit Armando und seinen Eltern eher als normal anzusehen sei und dass es sich um typische Konflikte von Eltern mit Jugendlichen handeln würde (Elterngespräch 27.04.), dass Armando in einem Eltern-Kind-Konflikt gefangen sei (Einzeltherapie 05.05.), dass Armando sich in Richtung eines berechnenden Verhaltens äußere, so dass er eine klare Reaktion scheinbar ernten wolle, diese aber von den Eltern verwehrt wird,

die so tun, als ob es sich um das Selbstverständlichste der Welt handeln würde, wenn Armando bis zum letzten verhandelt (Familiengespräch 06.05.) und dass der Eindruck entstehe, dass es in der Familie eine Situation gebe, in der jeder jedem die Schuld zuschiebe (Einzeltherapie 18.05.). Weitere interaktional orientierte Hypothesen sind, dass die Situation eine Interaktionsfalle sein könnte, in der Armando durch ein sehr unnachgiebiges und Macht beanspruchendes Verhalten den Eltern gegenüber tritt, diese enttäuscht seien und sich zurückziehen würden und Armando wiederum auf deren Rückzug reagiere (Familiengespräch 27.05.), oder auch dass es sich um ein Missverständnis handeln würde, bei dem die Eltern sich Sorgen machen würden und bindende Signale an Armando aussenden würden, Armando sich aber kontrolliert fühle und um seine Autonomie kämpfe (Elterngespräch 02.06.).

### Die Problemperspektive der Schule

Zu dem Symptombereich der Angststörung bzw. Schulverweigerung werden internal-kontrollierbare Ursachen angegeben, wie dass Armando auf eine nette und geschickte Art versuche zu vermeiden (Rückmeldung aus der Schule 29.04.), dass er trotz sehr vieler Ressourcen nicht richtig in der Schule mitarbeite und sich bei vielen Aufgaben indirekt verweigere und insgesamt wenig eigene Motivation mitbringe (Konferenz 19.05.) und dass Armando intelligent genug sei, gute Leistungen zu erbringen, dies aber an der mangelnden Mitarbeit scheitere (Konferenz 19.05.).

Als internal-unkontrollierbare Störungsmodellfaktoren werden genannt, dass Armando durch den Schulwechsel in seinem Selbstwertgefühl negativ beeinflusst worden sei, womit die Verweigerungshaltung von Armando, was den schulischen Rahmen angeht, erklärt wird (Konferenz 19.05.).

### Die Entwicklung der Störungsmodelle im Behandlungsverlauf

Im Laufe der Behandlung gibt es eine kurzzeitige Veränderung der Problemsicht der Eltern, insbesondere des Vaters, nachdem im Elterngespräch am 11.05. festgehalten wurde, dass die Behandlung in der jetzigen Form nicht erfolversprechend wirke und möglicherweise durch die Art der Angstbehandlung die Symptomatik aufrecht erhalten werde. Von Seiten des Teams wird eine Hilflosigkeitserklärung abgegeben und hier noch einmal die interaktionale Perspektive, die die Symptomatik als Teil eines Kommunikationsprozesses innerhalb der Familie auffasst, in den Vordergrund gestellt, gleichzeitig wird, da die Verweigerungshaltung von Armando sich zugespitzt hat, gemeinsam ein Ausstiegsszenario aus dem Machtkampf

(Elterngespräch 25.05.) entwickelt. Die Eltern entscheiden als vertrauensbildende Maßnahmen, alle negativen Konsequenzen und Begrenzungen aufzuheben und Zugänge zu Computer und Fernsehen wieder zu ermöglichen und Armando gegenüber offener gegenüberzutreten. Dieser Perspektivenwechsel wird beim Vater darin deutlich, dass er ausdrückt, für ihn sei nach dem Ausstieg aus der bisherigen Behandlungskonzeption die Angst völlig in den Hintergrund getreten und es sei für ihn deutlich geworden, dass es eher ein Problem zwischen den Familienmitgliedern und nicht allein ein Problem von Armando sei. Der Vater kritisiert dabei auch die Mutter, indem er ausdrückt, dass es ihm manchmal auch übertrieben vorgekommen sei, sich um jede Kleinigkeit auseinander zu setzen (Familiengespräch 27.05.). Beide Eltern äußern auch Verständnis für die Kritik von Armando, dass die Eltern sich mit den Lehrerinnen gegen ihn solidarisieren würden (Familiengespräch 27.05.). Dies führt zu einer deutlichen Veränderung in der Symptomatik Armandos. Die Eltern berichten, dass sich die Situation deutlich verändert habe, die Atmosphäre in der Familie verändert sei und sie entspannter miteinander umgehen würden, nachdem sie erkannt hätten, dass es sich nicht lohnen würde, sich um Kleinigkeiten herumzustreiten (Familiengespräch 27.05.), dass es jetzt in der Familie mehr Respekt voreinander geben würde und dass sie auch in Bezug auf die Schulfrage nicht mehr mit Armando ohne Weiteres einen Konflikt eingehen wollen würden (Familiengespräch 27.05.). Auf der Seite der Schulverweigerung führte dies dazu, dass Armando angefangen hatte, die Schule zu besuchen und geäußert hatte, dass der Schulbesuch sehr gut geklappt habe und dass er glaube, auch regelmäßig in die Schule zu gehen und die Situation zu Hause ebenfalls als entspannt wahrnehme (Familiengespräch 27.05.), dass er in der Schule gut klargekommen sei (Einzeltherapie 28.05.), dass er sich richtig gut fühlen würde, weil er die Schule wieder besuche und ein annähernd normales Leben führen könnte (Einzeltherapie 31.05.).

Diese Situation kippt dann allerdings, nachdem die Eltern herausgefunden hatten, dass Armando ohne ihr Wissen ein pflanzliches Medikament gegen Übelkeit eingenommen hatte und sie ihm dieses weggenommen hatten. Hier äußern die Eltern wieder Störungsmodelle, die eine internal-kontrollierbare Attributionsperspektive aufweisen. Die Mutter äußert, dass sie Armando nicht vertrauen könne, da er sie immer wieder enttäuschen würde (Elterngespräch 02.06.). Beide Eltern äußern, dass sie sehr verzweifelt darüber seien, dass er wieder das Medikament nehme, da seine Erkrankung so angefangen habe und sie befürchten, dass es schon eine Art Sucht darstellen würde (Elterngespräch 02.06.). Der Vater stellt heraus, dass Armando sie immer wieder anlügen würde und sie überhaupt kein Vertrauen mehr in die Veränderung der Situation haben würden (Elterngespräch 15.06.). Auf Armandos Seite findet sich

dieser Wechsel in der Störungsmodellperspektive in seinen Symptombeschreibungen, dass er keine Chance für den Schulbesuch sehe, er erneut Ängste habe, nicht nur im Bus, sondern auch in der Klasse und deswegen gar nicht in der Klasse bleiben könne (Einzeltherapie 10.06.), dass er seinem Vater gesagt habe, dass es für ihn überhaupt keinen Sinn mehr macht, zu Hause wohnen zu bleiben und er überhaupt keine Verständigungsebene mehr mit seinen Eltern finde (Einzeltherapie 07.06.), dass er die Atmosphäre zu Hause für so schlecht halte, dass er eigentlich keine Perspektive für ein Zusammenleben mehr sehe (Elterngespräch 09.06.) und er eigentlich nicht in einer Einrichtung leben wolle, aber die Konflikte mit seinen Eltern nicht aushalten könne (Elterngespräch 15.06.). Von Seiten des Teams wird beschrieben, dass Armando nicht in der Schule erschienen sei (Elterngespräch 09.06. und Elterngespräch 10.06.).

### **6.3.6.3 Die Störungsmodelle bei Michaela**

#### Zentraler Konflikt

Bei Michaela liegt der zentrale Konflikt zwischen ihrem Störungsmodell der external-außerfamiliären Verursachung für die Peerkonflikte, hier ist das Verhalten der anderen Jugendlichen Begründung ihrer aggressiven Verhaltensweisen und Impulsdurchbrüche, und der external-außerfamiliären Verursachung für die Konflikte mit den Erzieherinnen. Hier ist es das aus ihrer Sicht kritische Verhalten der Bezugserzieherin gegenüber der Mutter und dem Störungsmodell der Bezugserzieherin, die internal-kontrollierbare Faktoren in den Vordergrund stellt und hier insbesondere die Koalitionsbildung von Michaela mit ihrer Mutter meint. Es entsteht eine interpersonale Konfliktsituation, deren Dreh- und Angelpunkt die Haltung gegenüber der Mutter ist. Die Mutter selber ist kaum präsent in der Behandlung, unterhält aber intensive Kontakte zu Michaela.

Die Störungsmodelle des Teams beinhalten Verursachungsfaktoren aus allen vier Bereichen. Zum einen wird auch die Haltung von Michaela beschrieben, ihre Mutter zu verteidigen (internal-kontrollierbar im Bereich „Konflikte mit Erziehern“), was eine Übereinstimmung zwischen dem Störungsmodell der Bezugserzieherin und dem Team wäre, aber auch das Modell von Michaela wird geteilt, dass die Erzieherin übermäßig kritisch der Mutter gegenüber ist. Weitere external-außerfamiliäre Ursachen für die Symptombereiche werden aber auch in der Wirkung der Behandlung, die das Problem verschärfen würde, gesehen. Daneben wird aber auch die mangelnde Mitarbeit der Mutter als Ursache für die negative Auswirkung der Behandlung und Verschärfung der Problematik angesehen (external-innerfamiliär im

Symptombereich „Konflikte mit Erziehern“). Internal-unkontrollierbare Verursachungsfaktoren die das Team herausstellt sind die Traumatisierung für den Bereich „Peerkonflikte“ und das ungewollte Erzeugen von Missverständnissen für den Bereich der Konflikte mit den Erziehern. Insgesamt spiegeln die vielfältigen Verursachungsfaktoren des Teams eine interaktionale Sicht wieder, ohne dass diese jedoch konkret ausformuliert wird.

#### Die Problemperspektive von Michaela

Michaela beschreibt für den Bereich „Konflikte in der Peergroup“ ihre Symptomatik als „kleine Ausraster“, z.B. auf der Arbeit, wo sie dann einfach einmal herumschreie, ohne eine andere Person wirklich anzugreifen (Einzeltherapie 08.05.), nimmt dies aber einige Tage später wieder zurück und äußert, dass sie überhaupt keine Probleme mit Ausrastern habe und dass dieses so gut wie nie vorkommen würde (Einzeltherapie 12.05.) und einige Tage später wieder, dass sie in den letzten Tagen überhaupt keine Impulsdurchbrüche mehr gehabt habe (Einzeltherapie 18.05.). Michaela bietet als internal-kontrollierbare Ursache an, dass sie so akzeptiert werden will, wie sie nun einmal ist und die anderen eben Pech hätten, wenn sie damit nicht klar kämen (Vernetzungsgespräch 25.05.), bietet also eine Intention bzw. Willensentscheidung als Störungsmodell für ihr Verhalten an. Ansonsten äußert Michaela für den Bereich „Konflikte in der Peergroup“ ausschließlich Störungsmodelle, die external-außerfamiliäre Ursachen fokussieren. So beschreibt sie, dass sie zwischendurch etwas aus der Haut fahre, wenn sie hier von den Jungen geärgert werde, ansonsten aber überhaupt keine Probleme habe, sich zu kontrollieren (Einzeltherapie 18.05.), dass sie am Wochenende „voll ausgerastet“ sei, nachdem sie sich mit ihrer besten Freundin gestritten habe (Einzeltherapie 08.05.), lehnt ein Schwellenmodell der Impulsdurchbrüche, das auf interne Faktoren fokussiert eher ab (Vernetzungsgespräch 11.05.) und beschreibt als Ursache für die Konflikte in ihrer Einrichtungsgruppe, dass ihre Mitbewohnerinnen Stimmung gegen sie machen würden und auch die Bezugserzieherin sie nicht mehr in der Einrichtung haben wolle (Einzeltherapie 31.05.).

Für den Bereich der Konflikte mit den Betreuern und Erzieherinnen in der Einrichtung und der Tagesklinik beschreibt Michaela, dass sie seit Tagen Stress mit ihrer Bezugserzieherin habe (Einzeltherapie 31.05.) und bietet ausschließlich external-außerfamiliäre Verursachungsfaktoren in ihren Äußerungen an. So beschreibt sie erhebliche Konflikte mit den Erziehern, die sie dafür kritisieren würden, dass die Mutter nur einmal im Monat in die Einrichtung kommen könne (Einzeltherapie 08.05.), dass es vor der Behandlung einige Probleme in

der Einrichtung gegeben habe, sodass die Bezugserzieherin schlecht über ihre Mutter geredet habe (Einzeltherapie 31.05.) und dass ihre Mutter die einzige sei, die sie verstehen würde (Einzeltherapie 31.05.). Die Konflikte werden damit begründet, dass die anderen sie nicht verstehen und dass sie überhaupt keine Lust mehr habe, in der Einrichtung zu bleiben, wofür sie der Bezugserzieherin die Schuld gibt (Vernetzungsgespräch 01.06.).

### Die Problemperspektive von Michaelas Mutter

Mit der Mutter wurden fast ausschließlich Telefonate geführt, in denen sie zwar Michaelas Situation beschrieb, allerdings keine eigenen Störungsmodelle mitteilte. So äußert sie, dass Michaela bei einem Besuch den Eindruck gemacht habe, in der Tagesklinik Spaß zu haben und sich wohl zu fühlen, ausgeglichen gewesen sei, und sich mit ihrem Bruder unterhalten habe, aber auch manchmal etwas eifersüchtig auf den Bruder sei (Telefonat 11.05.) und dass Michaela ihre Wochenendziele, mit fremden Leuten zu reden und im Haushalt zu helfen, gut umgesetzt habe (Telefonat 25.05.).

### Die Problemperspektive des therapeutischen Teams

Für den Bereich der Konflikte in der Peergroup werden Symptome erläutert, die ein dominantes, Angst machendes, impulsives Verhalten beinhalten (1. Rückmeldung 11.05.), harte Umgangsformen beinhalten (1. Rückmeldung 11.05.) und ein wechselhaftes Verhalten zwischen klein und dominant in der Schule beschreiben (1. Rückmeldung 11.05.). Michaela sei in der Kontaktaufnahme teilweise sehr ruppig und laut und beeinflusse dadurch manchmal die Interaktion negativ (Vernetzungsgespräch 25.05.).

Internal-kontrollierbare Faktoren, die das therapeutische Team in seinen Störungsmodellen beschreibt, sind, dass Michaela zurzeit Ausraster an den Tag lege, da sie die Hoffnung habe, durch die Therapie etwas verändern zu können (Einzeltherapie 08.05.), dass die Impulsdurchbrüche eine Art Imagepflege sein könnten, mit der sie sich bestimmte Leute vom Hals halten würde und auch Konflikte im Keim ersticken würde (1. Rückmeldung 11.05.), dass Michaela eine Hilferzieherinnenfunktion gegenüber Mitbewohnerinnen, die jünger sind übernehme, was sie in einer einschüchternden Art und Weise mache (Vernetzungsgespräch 25.05.) und dass Michaela dafür eingetreten sei, dass ihr ruppiger Umgangston einfach zu ihrer Persönlichkeit gehört und für sie gar kein Behandlungsauftrag sei (Teamsitzung 26.05.).

Auf der Seite internal-unkontrollierbarer Ursachen für die Peergroupkonflikte werden die Persönlichkeit als kausaler Faktor genannt (Einzeltherapie 08.05.), ein Schwellenmodell

des Ausrastens beschrieben, bei dem das Verhalten unkontrollierbar sei, nachdem eine bestimmte Erregungsschwelle erreicht ist (Einzeltherapie 12.05.), Michaelas Schwierigkeiten aus einem niedrigen Selbstwertgefühl resultierend beschrieben, das sie durch aggressives Verhalten kaschiere (Teamsitzung 20.05.) und die Hypothese aufgestellt, dass Michaela schwer traumatisiert sei (Teamsitzung 26.05.). Auf der Seite der external-innerfamiliären Verursachungsfaktoren werden Störungsmodelle genannt, wie die Misshandlung innerhalb der Familie in der Vergangenheit, gegen die das Ausrasten ein Schutz darstellen würde (Einzeltherapie 08.05.) und dass sie schnell Feindbilder aufbaue, was ihrem Erleben in ihrer Familie, in der sie mit Aggression und auch körperlicher Gewalt konfrontiert gewesen sei, entspräche (Teamsitzung 26.05.).

Als external-außerfamiliäre Verursachungsfaktoren werden zum Beispiel genannt, dass durch die Tatsache, dass Michaela sehr viel in der WG abwesend sei, ihr ihr Platz streitig gemacht werden könnte (Vernetzungsgespräch 01.06.).

Für den Bereich der Konflikte mit Betreuerinnen und Erziehern in der Einrichtung und Tagesklinik wird vom therapeutischen Team die Symptomatik beschrieben, dass Michaela in der Interaktion mit den Erzieherinnen bei Irritation schnell angespannt wirke (Aufnahmegespräch 03.05.), dass sie immer wieder dem gleichen Kommunikationsmuster ver falle, bei dem sie eine Äußerung ihres Therapeuten als Eingrenzung ihrer Autonomie erlebe und darauf oppositionell reagiere, woraufhin ihr Gegenüber einen Schritt zurückgehe, worauf sich ihr Verhalten wieder normalisiere (Einzeltherapie 12.05.). Andere Symptombeschreibungen sind, dass es wenig gelingt, mit Michaela in einen vertrauensvollen Dialog zu treten (Einzeltherapie 12.05.), dass sich Michaela oft im Ton vergreife und gegenüber den Praktikantinnen eine unverschämte Art an den Tag lege (Teamsitzung 20.05.) und dass der Eindruck entstehe, dass sie und ihr Therapeut aneinander vorbeireden würden (Einzeltherapie 26.05.).

Als internal-kontrollierbare Ursache wird in den Störungsmodellen des therapeutischen Teams für den Symptombereich der Konflikte mit Betreuern und Erziehern in der Einrichtung und der Tagesklinik die Hypothese aufgestellt, dass Michaela ihre Persönlichkeit verteidige und nichts an ihre Mutter herankommen lasse und krampfhaft an einem positiven Bild festhalte (Teamsitzung 26.05.) und dass sie stellenweise abwesend wirke, wobei unklar sei, inwieweit dies ein bewusstes aus dem Kontakt herausgehen ist und ein Ausdruck von Ärger und Desinteresse sei (Einzeltherapie 26.05.).

Als internal-unkontrollierbarer Faktor wird genannt, dass Michaela durch ihr schwieriges Interaktionsverhalten dazu neige, Missverständnisse zu erzeugen und negative Reaktionen zu ernten, mit denen sie dann hinterher nicht zurechtkomme (Einzeltherapie 31.05.).

External-innerfamiliäre Verursachungsfaktoren sind, dass die Interaktion mit der Mutter eher Schuldgefühl behaftet sei (Aufnahmegespräch 03.05.), die Mutter dazu tendiere, sich mit Michaela gegen die Einrichtung zu verbünden, sodass diese nicht mehr richtig ihre Arbeit machen könne (Einzeltherapie 31.05.), dass ihr Gefühl, in einer feindlichen Umgebung zu sein daher rühre, dass sie bestimmte Erfahrungen in ihrer Herkunftsfamilie gemacht habe (Vernetzungsgespräch 01.06.), oder dass die Mutter ihre Beziehung zu Michaela auf Kosten der Beziehung zu den Erziehern festigen würde (Vernetzungsgespräch 01.06.).

Die external-außerfamiliären Verursachungsfaktoren des therapeutischen Teams für den Bereich der Konflikte mit Erziehern in der Einrichtung und Tagesklinik sind überwiegend Faktoren, die die negative Auswirkung der Behandlung auf die Symptomatik annehmen. Es wird der Eindruck geschildert, dass durch die Art und Weise wie in der Behandlung über die Therapie kommuniziert werde, möglicherweise das Problem erst erzeugt werde (Einzeltherapie 26.05.), dass es möglicherweise eine Überforderung für Michaela sein könnte, ihr immer wieder neue Beziehungsangebote zu machen, wie dies in der Behandlung passiere, da sie ein traumatisiertes Bindungserleben haben würde (Vernetzungsgespräch 01.06.) und dass das therapeutische Team vom teilstationären Setting abgewichen sei und die Mutter in der Behandlung nicht präsent sein würde (Teamsitzung 02.06.). Dabei habe die Tatsache, dass explizit auf die Mutter Wert gelegt werde und versucht werde, diese über Telefonate mit einzubeziehen, sie aber gleichzeitig nicht präsent sei und deswegen im Hintergrund agieren könne, eine negative Auswirkung (Vernetzungsgespräch 01.06.). Darüber hinaus wird auch der Eindruck geschildert, dass die Bezugserzieherin einen Konflikt mit der Mutter über Michaela austrage (Einzeltherapie 31.05.).

In Bezug auf die Selbstverletzungen von Michaela, die ursprünglich ein Anmeldeanlass gewesen waren, wurde im Vernetzungsgespräch am 25.05. beschrieben, dass sie sich in den drei Wochen der Behandlung überhaupt nicht selbst verletzt habe. Störungsmodelle zu diesem Symptombereich im engeren Sinne gibt es nicht, da dieses Problem in der Behandlung aufgrund seiner mangelnden Aktualität nicht thematisiert worden war.



### Die Problemperspektive der Bezugserzieherin

Was den Symptombereich der Konflikte in der Peergroup angeht, beschreibt die Bezugserzieherin, dass Michaela aufgrund eines Konfliktes auf eine Mitbewohnerin losgegangen sei und von mehreren anderen Personen zurückgehalten werden musste (Vernetzungsgespräch 11.05.) und dass sie sich mit jüngeren Mitbewohnern zusammentue und dabei dem Kontakt mit Gleichaltrigen eher aus dem Weg gehe (Vernetzungsgespräch 11.05.).

Das Störungsmodell, das die Bezugserzieherin dazu anbietet, ist, dass die Situation in der Einrichtung sehr angespannt sei und Michaela sehr eifersüchtig auf die neu in die Gruppe gekommenen Mädchen sei und ständig Konflikte mit ihnen haben würde (Vernetzungsgespräch 01.06.). Dies kann als eine interne Ursachenzuschreibung angesehen werden, die eher einen unkontrollierbaren Charakter hat, aber auch kontrollierbare Anteile haben könnte.

Was den Symptombereich der Konflikte mit Betreuern und Erziehern in der Einrichtung und Tagesklinik angeht, beschreibt die Bezugserzieherin, dass Michaela alkoholisiert und verspätet mit Fatma zurück in die Einrichtung gekommen sei (Vernetzungsgespräch 11.05.) und dass sie die Situation seit Behandlungsbeginn als zunehmende Verschlechterung erleben würde (Vernetzungsgespräch 01.06.). Hierzu bietet die Bezugserzieherin Störungsmodelle mit internal-kontrollierbaren Verursachungsfaktoren an. So erklärt sie, dass sie sehr frustriert über die Situation sei und es auch als sehr frustrierend erlebe, dass Michaela zunehmend Kontakt zu ihrer Mutter suche (Vernetzungsgespräch 01.06.), dass die Mutter und auch Michaela eine starke Anspruchshaltung hätten (Vernetzungsgespräch 11.05.), dass Michaela ihre Mutter sehr stark idealisiere (Vernetzungsgespräch 11.05.) und dass sie die Schuld an den Problemen bei Michaela sehe und dies als Eifersucht aber auch als zunehmende Solidarisierung von Michaela mit ihrer Mutter erklären würde (Vernetzungsgespräch 01.06.).

### Die Entwicklung der Störungsmodelle im Behandlungsverlauf

Die Störungsmodelle der Beteiligten sind eher statisch und zeigen kaum eine Entwicklung. Der von Anfang an angelegte Konflikt zwischen Michaela und ihrer Bezugserzieherin prägt dabei den Behandlungsprozess.

#### 6.3.6.4 Sozialpsychologische Aspekte des Falls

##### Passung der Störungsmodelle, Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Bei Armando gibt es eine erhebliche Differenz zwischen seinen Störungsmodellen und denen seiner Eltern. Er sieht internal-unkontrollierbare Verursachungsfaktoren sowie familienbezogene, die Eltern nur internale, der Vater mehr kontrollierbare, die Mutter mehr unkontrollierbare Faktoren. Dabei sind viele Aussagen von Armando mehrdeutig, was internal-kontrollierbare und unkontrollierbare Faktoren angeht. Zwar werden explizit eher unkontrollierbare Verursachungsfaktoren formuliert, diese haben aber auch immer kontrollierbare Anteile. Die mangelnde Passung mit dem Vater ändert sich, als dieser auch familienbezogene Faktoren fokussiert und insbesondere die Konfliktsituation in den Vordergrund stellt. Das Team sieht, ähnlich wie der Vater, external-kontrollierbare, also familienbezogene Faktoren und stellt ebenfalls eine Verbindung zwischen den Symptombereichen „Angst“ und „familiäre Konflikte“ her. Zwischen dem Team und den Eltern und auch zwischen den Eltern und Armando gibt es für eine kurze Zeitspanne eine hohe Passung, in der alle auf familienbezogene und interaktionale Faktoren fokussieren, die aber dann wieder zugunsten eines internalen Störungsmodells der Eltern aufgegeben wird. Die Schule sieht eher internale Faktoren im Vordergrund.

Anders als bei Armando gibt es bei Michaela zu keinem Zeitpunkt eine Passung zwischen ihren Störungsmodellen und denen ihrer Bezugserzieherin. Beide sind konträr aufeinander bezogen, wobei auch beide an ihrer Position im Behandlungsverlauf festhalten und sich die Situation sogar weiter polarisiert. Ähnlich wie auch Armando verfolgt Michaela ein Störungsmodell mit externalen Verursachungsfaktoren, lehnt aber im Gegensatz zu Armando internal-unkontrollierbare Faktoren, wie zum Beispiel ihre Impulsivität, die zur Aufnahme geführt hatte, ab bzw. bagatellisiert sie. Die eher interaktionale Sicht des Teams, in der Verursachungsfaktoren aus allen Bereichen aufgenommen wird, wird von keiner Seite geteilt. Im Gegenteil wird die Passung der Störungsmodelle noch geringer, da durch das Setting, in dem die Mutter abwesend war, Raum für eine Koalitionsbildung der Mutter mit Michaela gegen die Bezugserzieherin gegeben wurde. Dies führt auch zu einer frühzeitigen Beendigung der Behandlung.

Oszillation / Einheitlichkeit

Bei Armando ist eine Oszillation der Attribution zwischen internal-kontrollierbaren und external-kontrollierbaren, also familienbezogenen Faktoren zu finden. Dabei sind allerdings die internal-unkontrollierbaren Faktoren auch mehrdeutig, was die Kontrollierbarkeit angeht. Die Störungsmodelle des Vaters oszillieren zwischen internal-kontrollierbaren und familienbezogenen Faktoren, das Team stellt eher die interaktionale Sicht in den Vordergrund und betont sowohl internal-kontrollierbare als auch familienbezogene Faktoren.

Bei Michaela sind die Störungsmodelle eher statisch, ohne dass eine Entwicklung stattfindet. Dieser Mangel an Flexibilität, die an der einen oder anderen Stelle Raum für unterschiedliche Perspektiven geben würde, führt zu einer Polarisierung der Positionen und zu einer Entwicklung in eine nicht wünschenswerte Richtung.

Bindung / Autonomie

Bei Armando werden Störungsmodelle die Bindungsaspekte beinhalten, vom therapeutischen Team im Sinne von interaktionalen Hypothesen in die Diskussion eingebracht, in denen die Angst als ein Element in einem Ablösungskonflikt gefasst wird. Diese Sicht wird von den Eltern intensiv aufgenommen, in dem sie Armando mehr Freiräume und Autonomie einräumen, dies allerdings nur kurzzeitig. Es gibt seitens des Teams auch die Hypothese einer unsicheren Bindung.

Bei Michaela wird in den Störungsmodellen des therapeutischen Teams ebenfalls punktuell auf den Bindungsaspekt eingegangen. Es wird die Hypothese aufgestellt, dass es sich bei der Problematik von Michaela, was die Konflikte in der Einrichtung und mit den Erziehern angeht, um eine frühe Bindungsstörung handelt, durch die Beziehungsangebote im Rahmen der Behandlung daher eher eine Überforderung darstellen könnten. Diese Hypothese stellt eine Mischung aus internal-unkontrollierbaren und external-kontrollierbaren, also familienbezogenen Kausalfaktoren dar. Zu einer Auseinandersetzung bzw. Bearbeitung dieses Themas kommt es kaum, da der polarisierte Konflikt zwischen Michaela und der Bezugserzieherin im Vordergrund und letztendlich auch der Fortführung der Behandlung im Wege steht. Während also bei Armando die Erklärung eher an einem zu wenig an Autonomie ansetzt, wird bei Michaela eher zu wenig an Bindung oder eine Störung in dem Bindungsprozess gesehen.

### Freiheitsgrade

In der Behandlung von Armando beinhalten die Störungsmodelle nur wenige Freiräume, da sie überwiegend Faktoren, die nicht in seiner Kontrolle liegen, betonen. In diesem Punkt gibt es auch eine Übereinstimmung zur Mutter, die internal-unkontrollierbare Faktoren sieht, aber auch Schuldgefühle ausdrückt, die eine external-familienbezogene Sicht implizieren. Das Team sieht eher eine Mischung aus internal-kontrollierbaren, unkontrollierbaren und external-familienbezogenen Faktoren. Diese Sicht impliziert Freiräume für Armando, der an den Verhaltensweisen, die durch für ihn kontrollierbare Ursachen gesteuert werden, arbeiten könnte, was auch vom therapeutischen Team eingefordert wird.

Bei Michaela ist mit den gegenseitigen Schuldzuweisungen von ihr und der Bezugserzieherin eine Einengung der Verhaltensoptionen für beide Seiten verbunden. Die Störungsmodelle des Teams finden keine Resonanz, sodass die darin enthaltenden Handlungsoptionen nicht greifen können.

### Kooperationsgrad

Bei Armando wird mehrfach seine Widerständigkeit und instrumentelle Haltung in Beziehungssituationen hervorgehoben. Auch die Beschreibung, dass Armando kein klares eigenes Anliegen an die Therapie habe, weist in Richtung einer niedrigen Kooperation. Die Eltern zeigen ein hohes Maß an Kooperation, nehmen Veränderungen ihrer Störungsmodelle vor, der Vater mehr als die Mutter, und lassen sich auf eine interaktionale und familienbezogene Sicht der Verursachungsfaktoren ein. Dabei scheint die Kooperation hoch. Es fällt allerdings auf, dass die Mutter weniger die familienbezogene Sicht aufnimmt und es einen Konflikt zwischen den Eltern gibt, in dem das Team sich beim Vater positioniert. Darunter könnte die Kooperation der Mutter mit dem Team gelitten haben. Die Kooperation zwischen den Eltern und Armando ist über weite Strecken sehr schlecht in einer kurzen Behandlungsphase aber ausgesprochen gut, während derer die Familie eine große Entlastung von den Konflikten erlebt und positive Beschreibungen der Situation sich häufen.

Bei Michaela ist eine Kooperation mit ihr und dem Team nur wenig erkennbar. Es wird mehrfach beschrieben, dass Michaela ein ambivalentes Verhalten in der Kontaktaufnahme zeigt, einerseits interessiert sei, andererseits aber Beziehung über Aggression moderiere. Auch Missverständnisse, die durch das schwierige Interaktionsverhalten entstehen, in dem sie sehr schnell aggressiv abwehrend erscheint, werden beschrieben und könnten die Kooperation negativ beeinflussen.

### Interaktionale Sicht

Armando zeigt Hinweise auf eine interaktionale Sicht, indem er auf eine Interaktion von internal-unkontrollierbaren und external-familienbezogenen Faktoren hinweist. Er beschreibt einen Zusammenhang zwischen den Konflikten und seiner erlebten Angst. Die Eltern nehmen die interaktionale Sicht des Teams, die Ablösungsprozesse und Missverständnisse bzw. negative Rückkoppelungsprozesse in den Vordergrund stellt, auf, kippen dann aber wieder in monokausale interne Erklärungsmodelle zurück.

Bei Michaela gibt es zu keinem Zeitpunkt weder von ihr noch von der Bezugserzieherin ein interaktional orientiertes Störungsmodell. Die Störungsmodelle sind eher monokausal und beziehen sich jeweils auf nur einen Attributionsbereich. Explizit interaktional ist das Störungsmodell, mit dem das therapeutische Team die negativen Auswirkungen der Behandlung auf die Symptomatik erklärt. Durch den fehlenden Einbezug der Mutter und die kritische Haltung der Bezugserzieherin entsteht eine Situation, in der sich Michaela mit der Mutter gegen die Einrichtung, in der sie lebt, verbündet, was wiederum zu einer negativen Reaktion der Bezugserzieherin führt.

### Die Perspektive der Reaktanzforschung

Armando dürfte Reaktanz durch die Haltung des Vaters erleben, der von internal-kontrollierbaren Gründen für das Problemverhalten ausgeht und damit bestimmte Forderungen an das Verhalten von Armando richtet, die seinen Verhaltensspielraum einschränken (Worchel, 2004). Die Eltern dürften wiederum Reaktanz durch die Anforderung und Einschränkung ihrer Verhaltensoptionen –Armando gibt ihnen allein die Schuld an den Konflikten– erleben. Der Druck, die Reizkonfrontation durchzuführen, der auch seitens des therapeutischen Teams ausgeübt wurde, dürften auch zum Entstehen von Reaktanz beitragen. Armando reagiert darauf, in dem er seine Verhaltensoptionen wiederherstellt und die Übungen boykottiert oder durch einen Art „Dienst nach Vorschrift“ ad absurdum führt. Er stellt direkt seine Freiräume wieder her, aber auch indirekt, in dem er etwas Vermiedenes durchführt, dafür aber etwas anderes verweigert (Dickenberger et al., 1993). Die Unberechenbarkeit der Symptomatik könnte dabei eine Folge eines Wiederherstellungsversuchs von Freiräumen sein, die ja dann gegeben sind, wenn das Verhalten eben nicht vorhergesehen werden kann. Am Ende der Behandlung entsteht eine Situation, in der Armando seine Eltern beschuldigt, ihn zu kontrollieren, die darauf reagieren, indem sie ihn noch mehr kontrollieren, da ihre Freiheit, dies zu tun bedroht wird, worauf Armando sie noch mehr beschuldigt und sich noch mehr verwei-

gert. Dies entspräche einem „ironischen Prozess“, indem Personen in der Umgebung des Patienten versuchen das Problemverhalten zu reduzieren und damit das Problemverhalten weiter verstärken (Shoham et al., 2004).

Dass Armando dann plötzlich doch in der Lage war, die Schule zu besuchen, kann mit einem Nachlassen des Drucks auf ihn, sich mit seiner Angst auseinander zu setzen und dem Perspektivenwechsel der Eltern, die die familiären Interaktionen mehr fokussierten, zusammen hängen. Die von Armando erlebte Reaktanz dürfte hierdurch deutlich verringert worden sein.

Bei Michaela sind sowohl bei ihr selbst als auch bei der Bezugserzieherin Prozesse, die mit Reaktanz in Verbindung stehen, wahrscheinlich. Die ultimative Forderung, sich von der Mutter loszusagen und die kritische Haltung der Bezugserzieherin zu teilen führt zur Reaktanz auf Seiten von Michaela, da ihr Verhaltensspielraum, der Mutter gegenüber eine eigene Perspektive zu finden, bedroht ist und ihre Verhaltensoptionen reduziert werden (Miron & Brehm, 2006). Dies führt zu einer Annäherung von Michaela gegenüber der Mutter, ähnlich dem Romeo und Julia-Effekt (Driscoll et al., 1972, zit. nach Shoham et al., 2004), was wiederum von der Bezugserzieherin, die ebenfalls ihren Freiraum, eine eigene Haltung zur Mutter zu finden, bedroht sieht, mit einer Verstärkung des Drucks auf Michaela beantwortet wird. Dieser Aufschaukelungsprozess von Reaktanz zu einem komplementären Interaktionsmuster wurde von Shoham et al. (1998, zit. nach Shoham et al., 2004) für den Bereich der Interaktion von alkoholkranken Männern mit ihren Partnerinnen beschrieben.

### Die Perspektive der Dissonanzforschung

Bei Armando stellt sich die Frage, warum die Reizkonfrontation nicht im Sinne einer forcierten Einwilligung gewirkt hat und die angstbezogenen Kognitionen nicht verändert wurden (Frey & Gaska, 1993). Ein Grund dafür könnte die geringe Entscheidungsfreiheit sein, die durch den Druck seitens der Eltern und des therapeutischen Teams entstanden ist. Auch der Grad der Selbstverpflichtung ist gering, da Armando immer wieder versucht, die Aufgaben zu umgehen oder zu reduzieren. Eine Dissonanz und damit eine Einstellungsveränderung würden allerdings gar nicht erst entstehen, wenn die Angst instrumentell wäre, so wie vom Vater vermutet. In Bezug auf die zunehmende negative Haltung gegenüber den Eltern könnte auch eine selektive Suche nach Informationen gegriffen haben, nachdem sich Armando immer mehr für eine Fremdunterbringung entschieden hatte (Frey & Gaska, 1993).

Im Fall von Michaela gibt es weder eine Entscheidung die Michaela trifft, neue Verhaltensweisen auszuprobieren, noch gibt es ein dem Paradigma der forcierten Einwilligung analoges Setting (Brehm, 1976). Michaela war von Anfang an dem teilstationären Setting gegenüber skeptisch, sodass das notwendige Maß an Selbstverpflichtung für das Erleben von Dissonanz fehlt.

### Die Perspektive der Forschung zur Attribution

Bei Armando nehmen die Eltern dispositionale Attributionen vor (Jones und Davis, 1965, zit. nach Brehm, 1976), die sich auf den Konflikt beziehen und Armando als einen Jungen bezeichnen, der viel bereit sei zu investieren, um seine Interessen durchzusetzen. Sowohl der Vater als auch die Mutter nehmen anfangs interne Attributionen vor, die Mutter in der Betonung der Unkontrollierbarkeit mehr stabile Attributionen. In der Untersuchung von White und Barrowclough (1998) war ein Ergebnis, dass depressive Mütter mehr dispositionale Attributionen vornehmen. Vor dem Hintergrund der Reaktion der Mutter in den Gesprächen, die sich Vorwürfe bezüglich der Symptomatik von Armando machte, könnte dies eine Erklärung für den Rückfall in frühere interne Erklärungsmodelle nach der kurzzeitigen positiven Veränderung der Behandlungssituation und Annäherung der Beteiligten sein. Dass die Eltern anfangs nur interne Faktoren betonten, ohne auch ihre eigene kausale Beteiligung zu reflektieren, kann mit dem fundamentalen Attributionsfehler (Ross, 1977, zit. nach Meyer & Försterling, 1993) erklärt werden. Auch existentielle Attributionen werden vom therapeutischen Team vorgenommen, indem nach dem Sinn der Symptomatik gefragt wird (Rudolph & Steins, 1998).

Bei Michaela sind die Attributionen ähnlich denen im Fall von Armando, allerdings mit dem Unterschied, dass Armando für sich internal-unkontrollierbare Faktoren reklamiert, was Michaela nicht tut. Ein Unterschied ist auch, dass es in der Behandlung von Michaela keine Dynamik und Entwicklung wie bei Armando gibt. Die Sicht der Bezugserzieherin, dass Michaela aufgrund internal-kontrollierbarer Faktoren so handelt wie sie handelt, kann mit dem fundamentalen Attributionsfehler (Ross, 1977, zit. nach Meyer & Försterling, 1993) erklärt werden. Sie vernachlässigt das komplexe Zusammenspiel internaler und externaler Faktoren zugunsten einer monokausalen Sichtweise. In der gleichen Weise vernachlässigt Michaela die externalen Verursachungsfaktoren im Verhalten der Bezugserzieherin, wie zum Beispiel die Aufgabe die sie hat, die pädagogische Haltung, Arbeitsplatzfaktoren, Teamprozesse und Ähnliches. Auch hier gibt es Ansätze von existenziellen Attributionen, indem eine positi-

ve Wirkung der Impulsivität, nämlich zu anderen Personen eine Distanz herzustellen, herausgestellt wird (Rudolph & Steins, 1998).

### Die attributionale Perspektive

Indem Armando unkontrollierbare Faktoren anführt, entzieht er sich Anforderungen mit dem Preis einer niedrigen Fähigkeitseinschätzung. Armando beschwert sich aber auch sehr, dass die Mutter ihn sehr viel kontrolliert, also seine Fähigkeiten als gering einschätzt. In dieser Hinsicht wirkt Armando sehr ambivalent. Für ihn sind unkontrollierbare Ursachenfaktoren auch eine Möglichkeit, dem Ärger der Eltern (Weiner, 2006) aus dem Weg zu gehen. Hier passt möglicherweise die Empfehlung von Weiner (2006) für einen Mittelweg zwischen kontrollierbaren und unkontrollierbaren Attributionen, je nach Art des Symptoms, also einer differenzierteren Reaktion. Die Haltung des Teams, dass familiäre Faktoren eine Rolle spielen, also eine externale Attribution, aber auch internale Ursachen im Sinne gemischter internaler und externaler Attributionen, führt kurzfristig zu einer deutlichen Entlastung, da alle Familienmitglieder einbezogen sind und ein gemeinsamer Fokus entstanden ist.

Anders als bei Armando ist das Störungsmodell bei Michaela eher widerspruchsfrei. Der Konflikt zwischen Michaela und der Bezugserzieherin ist durch eine negative Emotionalität angetrieben, die aus den Störungsmodellen der Beteiligten abgeleitet werden kann. Beide stellen internal-kontrollierbare Faktoren bei dem jeweils anderen heraus, die beinhalten, dass es sich um ein intentionales Verhalten handelt, für das der andere die volle Verantwortung trägt (Weiner, 2006). Die negative Emotionalität entspricht dabei dem Konzept des negativen Emotionsausdruckes<sup>24</sup> und dessen Auswirkung auf den Genesungsprozess (Barrowclough et al, 1994).

### Die Perspektive der Hypothesentheorie der Wahrnehmung unter Berücksichtigung der Forschungsergebnisse zur Verhaltensbestätigung<sup>25</sup>

Bei Armando dürfte die Hypothese der Eltern, dass sie Armando nicht vertrauen können, die letztendlich zu einem Kippen der anfänglich positiven Veränderung beigetragen hat, eine starke Hypothese (Lilli & Frey, 1993) sein, in der sie sich gegenseitig unterstützen. Die Hypothese, dass es sich bei der Problematik von Armando um eine Interaktion der Familienmitglieder handelt und dass es auch um Ablösungsprozesse geht, konnte sich nicht durchset-

---

<sup>24</sup> Übersetzung des Begriffs "expressed emotions"

<sup>25</sup> Übersetzung des Begriffs "behavioral confirmation"



zen. Dass dies trotz anfänglich positiver Erfahrungen nicht passiert, spricht für eine selektive Auswahl der hypothesenkonformen Informationen (Fischer & Greitemeyer, 2010). Dass ein Positivitätsbias dann entsteht, wenn die Selbstregulationsfähigkeiten der beurteilenden Personen herabgesetzt sind, vermuten Greitemeyer et al. (2012), allerdings hier für den Fall sozialen Ausgeschlossenseins. Auch die Mutter könnte eine erhebliche Abnahme ihrer Selbstregulationsfähigkeit, nicht durch sozialen Ausschluss, wohl aber durch die Induzierung von Schuldgefühlen und damit assoziierten Stimmungseinbrüchen erlebt haben.

Auch bei Michaela gibt es Hinweise auf eine voreingenommene Informationsverarbeitung, die die tatsächliche Komplexität der Situation nicht würdigt. Neben kognitiver Überforderung kann hier auch von einer starken Hypothese ausgegangen werden, für die sie soziale Unterstützung durch die Mutter erhält. Auf Seiten der Bezugserzieherin könnte die negative Haltung gegenüber der Mutter im Sinne einer Verhaltensbestätigung (Snyder & Haugen, 1994, 1995) mit dazu beitragen, dass die Mutter nicht mit der Jugendhilfemaßnahme kooperiert.

### Die Perspektive der Theorie sozialer Vergleichsprozesse

Armando entzieht sich eher dem sozialen Vergleich (Frey et al., 1993), in dem er wenig mit Freunden unternimmt und auch nicht die Schule besucht. Dies könnte eine Folge einer Selbstwertbedrohung durch aufwärts gerichtete Vergleiche sein.

Michaela entzieht sich dem Vergleich ebenfalls, in dem sie nicht mit ihrer Altersgruppe interagiert, sondern eher Kontakt zu jüngeren Jugendlichen sucht. Auch Michaela, die in einer Einrichtung lebt, könnte soziale Vergleiche mit tatsächlich relevanten Vergleichspersonen meiden, da diese eine Selbstwertbedrohung darstellen könnten.

### **6.3.7 Fallvergleich 7**

#### **6.3.7.1 Fallvignetten**

*Fallvignette Cemal: Bei Cemal handelt es sich um einen 13-jährigen Jugendlichen, der aufgrund von Konflikteskalationen im schulischen Rahmen, in deren Verlauf er auch körperlich aggressiv geworden war, und aufgrund fraglicher Suiziddrohungen teilstationär behandelt worden war. Cemal wies eine schon seit der Grundschulzeit schwierige Schulgeschichte auf, in deren Verlauf er eine Klasse wiederholt hatte, häufig den Unterricht gestört hatte, auch schon aus diesem Grund beurlaubt worden war und immer wieder in Konflikte mit Mitschülerinnen geriet. Auch aktuell war Cemal aufgrund einer Konflikteskalation disziplinarisch in*

*der siebten Klasse der Realschule beurlaubt worden. Im Vorfeld war es zu einem Streit mit Mitschülerinnen und einer Lehrerin gekommen, die er beleidigt hatte. Cemal entstammt einer deutsch-türkischen Familie, hat einen zwei Jahre jüngeren Bruder, der das Gymnasium besucht und lebt mit beiden Eltern zusammen. Der Vater ist türkischer Abstammung, die Mutter deutscher Abstammung. Der Vater geht einer selbständigen Tätigkeit nach, die Mutter arbeitet bei einer Versicherung.*

Fallvignette Stella: *Bei Stella handelt es sich um ein fast 13-jähriges Mädchen, das unter Krankheitsängsten sowie unter einer im weitesten Sinne dissoziativen Symptomatik litt, aus der heraus sie immer wieder Angstzustände erlebte, dass die von ihr erlebten Dinge unreal sein könnten und sie plötzlich alleine in der Welt dastehen könnte. Nach einer Phase exzessiven Händewaschens, die mehrere Jahre zurück lag, entwickelte Stella die beschriebenen Auffälligkeiten nach einem Krankenhausaufenthalt einige Monate zuvor, bei dem sie aufgrund eines Beinbruchs behandelt werden musste. Die Eltern hatten sich getrennt, als Stella drei Jahre alt war. Nach der Trennung hatte es bis vor der Behandlung regelmäßige Besuchskontakte zum Vater gegeben, die Stella aber in der letzten Zeit mehr und mehr verweigert hatte. Auch wurden Schulprobleme von Stella, die die sechste Klasse eines Gymnasiums besuchte, beschrieben, die in mangelnder Konzentration sowie einer Verweigerung der Hausaufgaben bestanden. Kontakte zu Gleichaltrigen gab es seit Bestehen der Angsterkrankung kaum. Stella war aufgrund ihrer Ängste nicht in der Lage, sich allein außer Haus zu bewegen, konnte aus diesem Grund auch die Schule nicht mehr besuchen und weigerte sich auch, alleine in einem Bett zu schlafen.*

### 6.3.7.2 Die Störungsmodelle bei Cemal

Die von allen Beteiligten geäußerten Störungsmodelle gruppieren sich um die Problembereiche „Schulprobleme“, „Traurigkeit“ und „Konflikte in der Familie“.

#### Zentraler Konflikt

Im Vordergrund der Störungsmodellsuche stehen die schulischen Probleme, auf die sich die meisten störungsmodellrelevanten Äußerungen der Akteure beziehen. Die beiden Bereiche „Konflikte in der Familie“ und „Traurigkeit“ scheinen eher unter die Schulproblematik subsumiert zu werden und werden auch von der Mutter direkt mit der Schulproblematik in Verbindung gebracht. Im Behandlungsverlauf entsteht eine Situation, in der sich die Konflikte mit Cemal, den Lehrerinnen der Krankenhausschule und dem therapeutischen Team

zuspitzen. Cemal und die Mutter sind sich dabei in ihrem Störungsmodell einig, dass die Schule die Verantwortung für die Schwierigkeiten trägt (external-unkontrollierbar). Cemal verweigerte nach zwischenzeitlich auch guter Mitarbeit schließlich die Krankenhausschule völlig und weigerte sich überhaupt, diese weiter zu besuchen, was schließlich von der Mutter über external-unkontrollierbare Attributionen, die sich darauf bezogen, dass auch ein Schulwechsel in der Vergangenheit sich positiv ausgewirkt hatte und nicht jede Schule für Cemal geeignet sei, unterstützt wurde. Dabei entsteht ein in der Behandlung unauflösbarer Konflikt zu den internal-kontrollierbaren und external-kontrollierbaren Attributionen des Teams im Themenbereich der Schule. Teil des Konflikts ist zum einen der Widerspruch zwischen den Störungsmodellen von Cemal und dem Team (internal-kontrollierbar gegen external-unkontrollierbar) und zwischen der Mutter und dem Team (external-kontrollierbar gegen external-unkontrollierbar).

### Die Problemperspektive von Cemal

Zum Bereich „Schulprobleme“ wird von Cemal geäußert, dass er keine Lust auf seine Hausaufgaben habe, diese auch öfters vergessen würde, er auch schon einmal kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt worden war, weil er sich in der Schule nur noch geprügelt habe (Vorstellungsgespräch 11.12.), dass er aber in Bezug auf die Konflikte mit seinen Mitschülern selber wenig Probleme in seinem Verhalten sehe und dass der Vater diese Sicht teile (Vorgespräch 19.01.).

Cemals Störungsmodelle gruppieren sich hauptsächlich um den Bereich außerfamiliärer, durch ihn nicht zu kontrollierende Faktoren (external-unkontrollierbar). Zwar äußert Cemal als klare Intention, dass er sich nicht vorstellen könne, die Krankenhausschule zu besuchen (Abschlussgespräch 16.03.), was als internal-kontrollierbar einzustufen ist, allerdings auch als eine Konsequenz auf die von ihm in der Schule erlebten Schwierigkeiten anzusehen ist, und damit eher an seine Wahrnehmung der außerfamiliären Umwelt gekoppelt ist. Cemal beschreibt auch innerfamiliäre Zusammenhänge im Sinne external-kontrollierbarer Attributionen, in denen er erklärt, dass seine Mutter sich vorgenommen habe, etwas zu ändern und darüber hinaus ihn für ein angemessenes Verhalten in der Schule belohnen wolle (Einzeltherapie 02.03.). Im Wesentlichen aber gruppieren sich Cemals störungsmodellrelevante Äußerungen um external-unkontrollierbare Faktoren. Cemal äußert, dass er von den Lehrern immer angegriffen und beschuldigt werde, an Streitigkeiten Schuld zu sein (Vorstellungsgespräch 11.12.), dass er aufgrund dessen, dass Mitschüler über ihn die Unwahrheit gesagt hätten, zu

Unrecht beurlaubt worden sei (Vorstellungsgespräch 11.12.), dass er mit den anderen Schülern nicht zurechtkomme, da sie alle ein bis zwei Jahre jünger als er wären (Datierung unklar) und dass ihn seine frühere Klassenlehrerin körperlich angegriffen habe (Einzeltherapie 01.02.).

Der Problembereich „Traurigkeit“ wird von Cemal so gesehen, dass dies mit der Schule nichts zu tun habe und eher auf einem persönlichen Problem beruhe über das er nicht reden wolle (Einzeltherapie 18.02.).

Cemal selber äußert als einziges Störungsmodell, dass er seine Großväter nicht kennengelernt habe und er mit diesen bestimmt viel Spaß gehabt hätte und zeigte sich dabei fast den Tränen nahe (Einzeltherapie 04.02.).

Zum Symptombereich „Konflikte in der Familie“ gibt es von Seiten Cemals keine störungsmodellrelevanten Äußerungen. Er beschreibt die Symptomatik so, dass er wenn er sich mit Erwachsenen streite, er sie nicht mehr leiden könne (Einzeltherapie 03.02.), dass der Vater ihn mehr verstehen würde als die Mutter, was seine schulischen Probleme angehe, beschreibt aber gleichzeitig auch eine Verbesserung der häuslichen Konflikte (Aufnahmege-  
spräch 27.01., Einzeltherapie 03.02., Einzeltherapie 08.02.).

### Die Problemperspektive von Cemals Eltern

Obwohl auch die Eltern für die Schulprobleme im geringeren Umfang internal-kontrollierbare Attributionen äußern, wie z.B., dass Cemal versuche, dem schulischen Druck zu entgehen, indem er taktiere (internal-kontrollierbar) und dass Cemal aufgrund der Unordnung zu Hause häufig zu spät in die Schule käme und die Hausaufgaben nicht mache (external-kontrollierbar) (Notiz 01.03.), gruppieren sich die Störungsmodelle ebenfalls wie auch bei Cemal hauptsächlich im Bereich der außerfamiliären Faktoren (external-unkontrollierbar). So beschreibt die Mutter im Vorgespräch (19.01.), dass sie glaube, dass die Schule übertreibe, dass die Schule auch die Eltern eines aggressiven Verhaltens beschuldigt habe (Vorgespräch 19.01.), dass der auf die Hausaufgaben bezogene Konflikt nicht lösbar sei und dass deswegen darauf verzichtet werden sollte, diesen Konflikt mit Cemal zu führen (Notiz 01.03.), dass allein das Benennen von Hausaufgaben schon einen starken negativen Reiz darstellen würde (Notiz 01.03.), dass Cemal nicht in jeder Schule zurechtkommen würde, sich deswegen ein Schulwechsel in der Grundschulzeit positiv ausgewirkt habe und dass Cemal einen schlechten Stand bei seinen Mitschülern habe (Abschlussgespräch 16.03.).

Von der Mutter wird zum Problembereich „Traurigkeit“ beschrieben, dass Cemal öfters einen traurigen Eindruck mache (Vorstellungsgespräch 11.12.), sie stellt aber die angebliche Suiziddrohung von Cemal in Frage (Aufnahmegespräch 27.01.). Sie nimmt zu dem Symptombereich der Traurigkeit eine rein außerfamiliäre Attributionsperspektive ein (external-unkontrollierbar) und beschreibt, dass sich Cemal eher zurückziehe, weil er von der Schule beurlaubt worden sei, dass er Traurigkeit zeige, seitdem er in der dritten Klasse nicht versetzt worden sei und benennt auch eine Verliebtheit von Cemal in der Schule als Grund (Vorstellungsgespräch 11.12.).

Die Symptomatik der familiären Konflikte beschreibt die Mutter als ein eifersüchtiges Verhalten in Bezug auf den jüngeren Bruder (Vorstellungsgespräch 11.12.), beschreibt aber auch eine Symptomverbesserung (Aufnahmegespräch 27.01.). Symptombeschreibungen des Teams sind dabei nur indirekt über die Störungsmodelle vermittelt.

Die Eltern beschreiben als Hintergrund für die Problematik, dass Cemal Grenzsetzungen seitens der Erwachsenen massiv ablehnen würde und dann die Beziehung kaum noch zu kitten sei (Elterngespräch 02.02.), womit sie eine internal-kontrollierbare Attributionsperspektive einnehmen. Internal-unkontrollierbar beschreiben die Eltern auch, dass Cemal bei Auseinandersetzungen um Alltagsdinge sehr schnell impulsiv, überschießend und auch manchmal aggressiv reagiere (Vorgespräch 19.01.). Die Mutter bringt diesen Problembereich ebenfalls mit der Schulproblematik in Verbindung, indem sie äußert, dass sie und Cemal Distanz zueinander haben würden, da sie seine Schulprobleme nicht nachvollziehen könne (Familiengespräch 16.02.).

### Die Problemperspektive des therapeutischen Teams

In den Äußerungen des therapeutischen Teams sind zum Bereich „Schulprobleme“ einige Beispiele zu finden, wie das ständige Vergessen der Hausaufgaben im Rahmen der Krankenhausschule (Erste Rückmeldung 10.02.), die Verweigerung der Mitarbeit in der Krankenhausschule und auch der Hausaufgaben (Elterngespräch 22.02.) sowie hierzu bagatelisierende Äußerungen (diagnostische Besprechung 04.03.).

Die Störungsmodelle des therapeutischen Teams gruppieren sich hauptsächlich um den Bereich der innerfamiliären Faktoren, außerfamiliäre Faktoren werden dabei überhaupt nicht beleuchtet, wohl aber zu einem geringeren Anteil interne Aspekte. So wird beschrieben, dass Cemal seine Stimmungseinbrüche und Belastungen instrumentell einsetzt, um Anforderungen zu umgehen (Notiz 25.02.), dass Cemals Problematik in einem Vermeiden von

schulischen Anforderungen, Lügen und sich Entziehen bestehe (Notiz 01.03., internal-kontrollierbar) und dass Cemal eine hoffnungslose Haltung an den Tag lege, aus der heraus er wenig Hilfe erwarten würde (Einzeltherapie 18.02., internal-unkontrollierbar).

Die vom therapeutischen Team vermuteten Zusammenhänge im familiären Bereich (external-kontrollierbar) sind, dass möglicherweise Cemal die Unkonventionalität der Familie so verstehen würde, dass er sich gegen die Schule stellen könne (Familiengespräch 16.02.), dass das Schulversagen mit dem Familienwunsch, in der Zukunft in die Türkei zu ziehen in Verbindung gebracht wird (Familiengespräch 16.02.), dass eine Konzeptlosigkeit der Eltern im Umgang mit der Problematik und auch ein Paarkonflikt vermutet wird (Elterngespräch 23.02.), dass unterschiedliche Erziehungshaltungen angesprochen (Teamsitzung 04.03.) werden, Diskontinuitäten im Erziehungsverhalten (diagnostische Besprechung 04.03.), Schwierigkeiten, ein konsequentes erzieherisches Verhalten an den Tag zu legen (diagnostische Besprechung 04.03.) und dass die Mutter dem Konflikt mit Cemal aus dem Weg gehe und das Feld räume (Abschlussgespräch 16.03.).

Auch vom therapeutischen Team wird der Symptombereich der Traurigkeit als stellenweise auftretende Stimmungseinbrüche, die aber keine Selbstgefährdung implizieren würden, beschrieben (Lehrerkonferenz 24.02.) und auch als ein instrumentelles Verhalten aufgefasst (Notiz 25.02.). Zu diesem Problembereich werden von Seiten der Beteiligten nur relativ wenig Störungsmodelle geäußert, da im Verlauf der Behandlung die Schulproblematik immer wieder im Vordergrund stand und bei den Beteiligten einen gewissen Handlungsdruck zu erzeugen schien. Trotzdem waren aber auch die fraglichen Suiziddrohungen ein Behandlungsanlass.

Von Seiten des Teams werden zum Problembereich der Traurigkeit Störungsmodelle geäußert, die sowohl internal-kontrollierbare als auch internal-unkontrollierbare Aspekte beleuchten. So wird beschrieben, dass Cemal trotz seiner Stimmungseinbrüche in einer komfortablen Situation sei (Elterngespräch 23.02.) und der Verdacht geäußert, dass Cemal immer dann, wenn er in seiner Stimmung gedrückt wirke, versuche Anforderungen aus dem Weg zu gehen, die durch die Schule an ihn gestellt würden (diagnostische Besprechung 04.03.). Es wird aber auch die Hypothese geäußert, dass Cemal durch Abwesenheiten des Vaters in der Vergangenheit bindungstraumatisiert sein könnte und dies mit den Stimmungseinbrüchen in Verbindung gebracht (Einzeltherapie 10.02.). Obwohl Cemal darauf hinweist, dass seine Traurigkeit nichts mit der Schule zu tun habe, wird dies von der Mutter mit schulischen Faktoren in Verbindung gebracht. Dabei sieht die Mutter eher außerfamiliär-unkontrollierbare

Ursachen, das therapeutische Team eher internal-kontrollierbare und unkontrollierbare Ursachen für die Traurigkeit.

Die Problemperspektive des Teams ist insgesamt durch internal-unkontrollierbare, durch internal-kontrollierbare und external-kontrollierbare Attributionen geprägt. Auf der internal-unkontrollierbaren Seite wird ein Zusammenhang der Problematik mit vielen Trennungen in der Familie und einem Bindungsproblem hergestellt. Dabei hat dieses Störungsmodell neben dem internal-unkontrollierbaren Aspekt auch einen external-kontrollierbaren Anteil im Sinne der familiären Mitverursachung. Weiterhin werden auf der external-kontrollierbaren Seite vom therapeutischen Team eine gewisse Resignation der Mutter in Bezug auf ihre Erziehungshaltung beschrieben (erste Rückmeldung 10.02.), dass die Mutter durch den engen Kontakt von Cemal zu seinem Vater eher außen vor sei (erste Rückmeldung 10.02.), dass die Mutter sich nicht trauen würde, Cemal zu begrenzen (diagnostische Besprechung 04.03.) und auch hier ein nicht offen ausgetragener Konflikt der Eltern (diagnostische Besprechung 04.03.) eine Rolle spiele.

#### Die Problemperspektive der Schule

Die Perspektive der Krankenhausschule auf die Problematik, die von den Lehrern als Verweigerung und als ein impulsives Verhalten (Schulbesprechung 11.02.), aber auch in der prinzipiellen Möglichkeit, sich anders zu verhalten (Notiz 02.03.), beschrieben wird, ist eher durch eine internal-kontrollierbare Attributionsperspektive gekennzeichnet. So wird berichtet, dass Cemal eine mangelnde Arbeitshaltung, ein verweigerndes Verhalten, extreme Langsamkeit und Abwesenheit an den Tag legt (Lehrerkonferenz 24.02.), dass seine Langsamkeit nicht glaubwürdig sei, eher der Arbeitsverweigerung dienen würde, er das ganze Setting nicht ernst nehme (Notiz 25.02.) und bei den Hausaufgaben tricksen würde (diagnostische Besprechung 04.03.). Als internal-unkontrollierbare Attributionen werden von der Schule impulsive Verhaltensweisen benannt (Schulbesprechung 11.02.) und als external-kontrollierbare Faktoren, dass Cemal in seinem Arbeitsverhalten überhaupt nicht gefördert worden sei und ein chronifiziertes Vermeidungsverhalten in Bezug auf schulische Dinge an den Tag lege (diagnostische Besprechung 04.03.). Dabei wird hier auch ein interaktional orientiertes Störungsmodell deutlich, in dem Cemals Verweigerungsverhalten mit seinem besonderen Status in der Familie in Verbindung stehen würde (Schulbesprechung 11.02.). Von der Schule werden zum Problem-bereich der Traurigkeit keine Störungsmodelle geäußert.

### Die Entwicklung des Störungsmodelle im Behandlungsverlauf

Während die external-unkontrollierbare Sicht von Cemal über den ganzen Behandlungsverlauf stabil blieb, zeigte sich bei der Mutter eine kurzzeitige Veränderung, bei der sie mehr auf external-kontrollierbare, also familienbezogene Attributionen fokussierte. Dabei nahm sie ihren erzieherischen Einfluss (Unordnung verhindert Hausaufgaben) in den Blick. Dies trug aber nicht durch und sie fiel in ihre frühere Sicht, dass Cemal Opfer der schulischen Umstände ist, zurück.

#### **6.3.7.3 Die Störungsmodelle bei Stella**

Es wurden im Laufe der Behandlung Störungsmodelle zu den Bereichen „Angst“, „familiäre Konflikte“ und „Schulprobleme und grenzverletzendes Verhalten“ benannt.

#### Zentraler Konflikt

Insgesamt lässt sich feststellen, dass es im Laufe der Behandlung von Stella eine Dynamik gab, in deren Verlauf sich die Angstsymptomatik zurückbildete, soziale Auffälligkeiten aber präsent blieben und unklar war, inwieweit die positiven Veränderungen im Laufe der Behandlung für einen erfolgreichen Schulbesuch ausreichen würden. Dabei ergab sich eine intensive Elternarbeitsebene, in der der Umgang mit Besuchskontakten sowie eine Sensibilisierung der Eltern für Stellas emotionale Situation vor dem Hintergrund erlebter Loyalitätskonflikte thematisiert wurde. Es ergab sich dabei auf Seiten des Vaters eine veränderte Sicht, der die Auswirkung der familiären Konflikte auf Stella mehr reflektierte, allerdings wenig eine veränderte Sicht auf Seiten der Mutter, die dem Vater gegenüber misstrauisch blieb.

Eine solche innerfamiliäre Konfliktebene ergab sich in der Behandlung von Cemal nicht, wurde aber vermutet. Die tatsächliche Auseinandersetzung innerhalb der Familie zwischen verschiedenen Haltungen in Bezug auf die Schule, in Bezug auf Anforderungen und auch in Bezug auf die Mitarbeit in der Tagesklinik, ergab sich bei Cemal ebenfalls nicht. Obwohl es sowohl bei Cemal als auch bei Stella von Seiten der Eltern die Überlegung gab, dass die Symptomatik auch als ein Taktieren bzw. als intentionales Verhalten um bestimmte Vorteile zu erreichen verstanden werden könnte, ergab sich daraus bei Cemal keine Konsequenz, was eine Zunahme an Anforderungen an ihn anging, wohl aber bei Stella, wodurch eine familiäre Auseinandersetzung mit fruchtbarem Ausgang eingeleitet wurde.



### Die Problemperspektive von Stella

Zu dem Problembereich „Angst“ beschrieb Stella Erkrankungsängste, so z.B. vor einem Hirntumor (Vorstellungsgespräch 25.11.), die Angst, sich beim Hula-Hoop-Spielen ein Bein gebrochen zu haben (Notiz 14.12.), sowie der Angst, an einer Herzerkrankung zu leiden (Einzeltherapie 21.12.). Darüber hinaus beschrieb Stella immer wieder das Gefühl, dass die Dinge um sie herum unwirklich sein könnten (Einzeltherapie 08.12.), dass ihr alles wie in einem Traum vorkommen würde und sie aufgrund der Unwirklichkeit der Dinge möglicherweise ganz alleine auf der Welt sein könnte (Einzeltherapie 09.12.). Stella bringt ihre Symptome ähnlich wie Cemal zu Behandlungsbeginn mit externen, allerdings innerfamiliären Ereignissen in Verbindung. Dabei äußert sie, dass sie sich beim Vater nicht so sicher wie bei der Mutter fühlen würde (Einzeltherapie 21.12.), dass ein Angstanfall sofort verschwunden sei, als die Mutter sie in den Arm genommen habe (Vorstellungsgespräch 25.11.) und dass ihre Angst schlimmer werden würde, wenn die Mutter von ihr verlange, dass sie mit dem Bus fahren solle (Einzeltherapie 25.02.). Stella nennt als ein external außerfamiliäres Ereignis den Krankenhausaufenthalt, der eine Verschlimmerung ihrer Ängste bewirkt habe (Vorstellungsgespräch 25.11.).

In Bezug auf die familiären Konflikte zeigen sich zwei Themenbereiche. Zum einen beschreibt Stella eine Situation, in der sie unter unterschiedlichen Anforderungen seitens der Eltern bzw. unter den mit dem Elternkonflikt verbundenen unterschiedlichen Perspektiven leidet, in dem sie z.B. äußert, dass sie sich zwischen den verschiedenen Welten ihrer Eltern, der Schule und auch ihrer Großeltern hin und hergerissen fühle, beschreibt negative Erinnerungen an den Vater aus der Zeit der Trennung (Vorstellungsgespräch 25.11.) und räumt ein, in der Vergangenheit Bauchschmerzen vorgegeben zu haben, um die Aufmerksamkeit ihrer Eltern auf sich zu lenken, da sie Angst gehabt habe, die Mutter verlieren zu können (Einzeltherapie 14.12.). Daneben beschreibt Stella aber auch eine Konfliktlage mit der Mutter, die sich eher im Laufe der Therapie einstellt (Einzeltherapie 20.01., Einzeltherapie 25.01.), in der es um Grenzsetzungen geht. Stella äußert zu dieser Symptomatik Störungsmodelle, die internal-unkontrollierbare und external-kontrollierbare Faktoren in den Vordergrund stellen. So beschreibt sie auf der internal-unkontrollierbaren Seite, dass sie sich zwischen den Stühlen fühle und nicht wisse, wie sie sich verhalten solle (Einzeltherapie 07.01.). Auf der external-kontrollierbaren Seite beschreibt sie, dass die Eltern sich streiten würden, dass sie schlecht über einander reden würden (Einzeltherapie 14.12.), dass es verschiedene Fronten in der Familie geben würde (Einzeltherapie 14.12.), dass sie dem Vater seine Freundlichkeit und sein

Interesse nicht ganz abnehmen würde (Einzeltherapie 16.12.) und dass sie sich unter Druck gesetzt fühle, wenn der Vater Dinge ansprechen würde, die in Bezug auf die Mutter kritisch seien (Familiengespräch 14.01.). Im letzten Teil der Behandlung treten aber solche Störungsmodelläußerungen von Stella eher in den Hintergrund.

Aus Sicht von Stella wird die Schulproblematik darin gesehen, dass z.B. ihre Mathematik- und Deutschlehrerinnen sie nicht mögen würden und die Lehrerinnen von ihr annähmen, dass sie ein Mittelpunktstreben habe (Vorstellungsgespräch 25.11.) und dass ihre Noten in der letzten Zeit schlechter geworden seien (Vorstellungsgespräch 25.11.). Stella sieht als Erklärung hierfür, dass sie schlecht mit Leistungsdruck fertig werden würde, aber auch, dass der Vater ständig Druck in Bezug auf die Leistungen aufbauen würde (Vorstellungsgespräch 25.11.), also external-kontrollierbar. Darüber hinaus fühlt sich Stella von den Lehrerinnen ungerecht beurteilt, was ihr Verhalten in der Schule angehen würde (Einzeltherapie 02.03.).

### Die Problemperspektive von Stellas Eltern

Die Mutter bringt in ihren störungsmodellrelevanten Äußerungen die Symptomatik von Stella mit dem Vater in Verbindung, in dem sie z.B. äußert, dass sie zweimal nach einem Kontakt mit ihm aufgetreten sei (Vorstellungsgespräch 25.11.), dass Stellas Probleme mit dem Vater zu tun haben könnten (Familiengespräch 17.12.), äußert aber auch die Hypothese, dass Stella viel in ihrer Kindheit habe allein bleiben müssen, da die Mutter arbeiten musste (Familiengespräch 17.12.).

In der Problembeschreibung der Eltern ist eine kontinuierliche Beschäftigung mit dem Konfliktthema zu erkennen, die aber einen Rückgang erfährt. So beschrieb die Mutter (Teamsitzung 03.02.), dass es eine Rangelei mit Stella gegeben habe, in der das Handy heruntergefallen sei und kaputt ging, aber auch, dass Stella in der Kommunikation mit ihr viel zugewandter und weniger aggressiv sei (Elterngespräch 24.02.) und dass die Konflikte weniger geworden seien (Elterngespräch 08.03.). Auch der Vater äußert seinen Eindruck, dass sich sein Verhältnis zu Stella verbessern würde und sie ihn schon mehrfach angerufen habe (Elterngespräch 16.02.). In den störungsmodellrelevanten Äußerungen zu dem Thema „familiäre Konflikte“ drückt die Mutter eine kritische Sicht in Bezug auf den Vater aus, den sie für diese Konflikte verantwortlich macht. So verhalte er sich Stella gegenüber nicht als ob sie ein Kind wäre, sondern als ob sie seine Freundin wäre (Elterngespräch 04.01.). Stella habe gegenüber dem Vater nie sagen können, was sie denke, die Beziehung sei blockiert (Elterngespräch

01.02.) und der Vater würde versuchen über Dinge, die Stella erzähle, an die Mutter heranzukommen (Elterngespräch 01.02.).

Im weiteren Behandlungsverlauf zeigt der Vater eher eine Sicht, aus der heraus er Stellas abwertendes Verhalten der Mutter gegenüber als einen Versuch ansieht, sich ihm anzunähern (Familiengespräch 18.02.).

Von Seiten der Eltern gibt es mit Ausnahme einer Äußerung der Mutter keine Beschreibung zum Schulthema, wohl auch, da sich der Umgang mit diesem Problem eher in den familiären Konflikten spiegelt. Im Laufe der Behandlung wurde ein verhaltenstherapeutisches Tokenprogramm<sup>26</sup> eingeführt, das insbesondere das schulische Verhalten, auch das Verhalten in der Tagesklinik und zu Hause zum Ziel hatte. Die Mutter beschreibt als einziges Problem, dass Stella in den letzten vier bis fünf Wochen vor der Behandlung überhaupt nicht mehr in die Schule gegangen sei.

#### Die Problemperspektive des therapeutischen Teams

Vom therapeutischen Team wird die Angstsymptomatik teilweise in Begriffen einer Zwangserkrankung analysiert (Elterngespräch 16.12.), in der eine Dynamik von Zwangsgedanken sowie Fragen zur Absicherung von Bezugspersonen erkannt wird (Einzeltherapie 09.12.). In den Störungsmodellen des therapeutischen Teams wird beschrieben, dass die Angstsymptome einen Aufmerksamkeit suchenden Anteil haben (Elterngespräch 16.12.), dass die Angstsymptomatik bei der morgendlichen Trennung von der Mutter den Charakter einer Machtdemonstration habe (Teamsitzung 18.12.) und dass Stellas Verhalten dem Vater gegenüber widersprüchliche Aufforderungen beinhalte (Familiengespräch 23.12.). Überhaupt wird eine Unklarheit ausgedrückt, inwieweit die Angstattacken von Stella ihr wirklich abgenommen werden können (Teamsitzung 23.12.). Es wird dabei eher auf die Folgen der Angstsymptomatik, was Freiräume für Stella und die Abwesenheit von Regeln angeht, abgehoben (Reflecting Team 05.01.). All dies sind Störungsmodelle, die einen internal-kontrollierbaren Charakter haben.

Auf der internal-unkontrollierbaren Seite wird z.B. vom therapeutischen Team genannt, dass möglicherweise eine Essstörung vorhanden sein könnte (erste Rückmeldung 10.12., Teamsitzung 23.12.) und es werden auch Bindungsaspekte der Angstproblematik, nämlich die Befürchtung, irgendwie alleine dazustehen sowie Verlustängste in Bezug auf die Eltern, genannt (Einzeltherapie 14.12.).

---

<sup>26</sup>Belohnungsplan

Darüber hinaus werden external-kontrollierbare Störungsmodellperspektiven beschrieben, die z.B. darauf abheben, dass Stella in ihrem Verhalten verwöhnt und überbehütet wirke (erste Rückmeldung 10.12.), dass es sich um eine Koalitionsbildung zwischen Mutter und Tochter gegen den Vater handeln würde, dabei die Angst eher im Sinne einer Delegation der Mutter an Stella zu verstehen ist (Elterngespräch 16.12.) und dass die Angst, die Wirklichkeit könnte sich auflösen, mit den zwei inkompatiblen Wirklichkeiten, denen Stella durch ihre Eltern ausgesetzt ist, zu tun haben könnte.

In der Perspektive des therapeutischen Teams in Bezug auf den Problembereich „familiäre Konflikte“ wird ein erheblicher Konflikt der Eltern um die Darstellung der Vergangenheit beschrieben (Elterngespräch 08.12.). Dabei wird in den geäußerten Störungsmodellen die internal-kontrollierbare und external-kontrollierbare Sicht auf die Problematik betont. Auf der internal-kontrollierbaren Seite wird z.B. herausgestellt, dass Stella verzerrt Informationen zwischen den Eltern weitergebe und versuche, sie gegeneinander auszuspielen (Elterngespräch 08.12.), dass sie sich dem Vater gegenüber kapriziös und hinhaltend verhalte und dies eine Strategie sein könne, den Vater mehr an sich zu binden (Reflecting-Team 05.01.), dass es sich bei den Konflikten mit der Mutter um Abgrenzungsbemühungen handeln könnte und im Rahmen einer Identitätssuche verstanden werden könne (Familiengespräch 21.01.). Abwertende Äußerungen von Stella der Mutter gegenüber werden auch als ein Versuch angesehen, sich mehr dem Vater anzunähern (Familiengespräch 18.02.).

Auf der external-kontrollierbaren Seite werden der Trennungskonflikt der Eltern und die schwierige Beziehung ursächlich mit den familiären Konflikten um Stella herum in Verbindung gebracht. Dabei wird z.B. die Hypothese aufgestellt, dass die Mutter versuche, Stella vor Konflikten mit dem Vater zu beschützen und den eigenen Konflikt mit dem früheren Ehemann wieder erlebe (Familiengespräch 17.12.), dass Stella die Rolle übernommen habe, den Konflikt der Eltern zu moderieren und dabei ihre eigene Entwicklung aufgegeben habe, dass Stella eine Machtposition durch die Konfliktsituation erlangt habe (Elterngespräch 06.01.) und dass Stella in Bezug auf den Konflikt der Eltern instrumentalisiert wird (Einzeltherapie 14.01.). Dabei wird herausgestellt, dass Stella sich jeweils in ihren Äußerungen an den anwesenden Elternteil anpassen und ihm nach dem Mund reden würde (Elterngespräch 20.01.) und dass es dem Vater schwer falle, nicht eine Koalition mit Stella gegen die Mutter einzugehen (Familiengespräch 18.02.).

In Bezug auf den Konflikt mit der Mutter wird ein Teufelskreismodell im Sinne eines interaktionalen Modells eingeführt, in dem Stella zunehmend ärgerlicher auf die Mutter werde

und immer mehr negative Dinge äußern müsse, um sich abzugrenzen und eine gewisse Distanz herzustellen, was aber von der Mutter als ein Zeichen ihrer Erkrankung gesehen wird und nicht als ein Ausdruck ihres Wunsches nach Distanz (Familiengespräch 11.02.).

Der Problembereich „Schulprobleme und grenzverletzendes Verhalten“ ist insbesondere im Fokus des therapeutischen Teams und der Schule, die immer wieder diesbezügliche Probleme mit Stella erleben.

Von Seiten des Teams gibt es eine Fülle von Symptombeschreibungen zum Problembereich *Schule*, allerdings kaum störungsmodellrelevante Äußerungen. So wird beschrieben, dass Stella viel mit Witzen präsent sei und damit nerven würde, ein Aufmerksamkeit suchendes Verhalten an den Tag lege (Einzeltherapie 16.12.), dass sie ein Problem mit dem Einhalten von Grenzen habe (Teamsitzung 18.12.), dass es eine Zunahme an Aggressionen gegenüber Mitpatienten geben würde (Reflecting-Team 05.01., Übergabe 04.01., Teamsitzung 13.01.), dass sie viel Unsinn in Gemeinschaftssituationen rede und sich darüber in den Vordergrund stellen würde (Elterngespräch 01.02.), dass sie Ablehnung seitens der Mitpatientinnen erzeuge, Gesprächsregeln verletzen würde und für Unruhe in den Abschlussrunden sorgen würde (Konferenz 02.02.) und weitere ähnliche Beschreibungen. Auf der Störungsmodellseite bezüglich dieser beschriebenen Symptomatik wird lediglich geäußert, dass die Mutter eine wenig klare erzieherische Haltung an den Tag lege (Elterngespräch 21.12.) und Stella kaum Grenzen von der Mutter gesetzt bekäme (Teamsitzung 18.01.).

### Die Problemperspektive der Schule

Die Schule beschreibt das Problem als einen Konzentrations- und Aufmerksamkeitsmangel, ein assoziatives von Gedanken-zu-Gedanken-Springen (Teamsitzung 23.12., Schulbesprechung 21.01.), aber auch, dass in einem großen Klassenraum ihre Verhaltensauffälligkeiten nicht so präsent seien (Konferenz 02.02.). Die Störungsmodellebene wird hauptsächlich durch internal-kontrollierbare Attributionen beleuchtet. So wird beschrieben, dass Stella in Bezug auf den Schulbesuch taktieren würde, ständig Ausreden bezüglich ihrer Hausaufgaben an den Tag legen würde und schwer zu unterrichten sei (Konferenz 02.02.), dass ihr Verhalten deutlich negative Aspekte zeige, sie nicht wirklich mitmachen würde und die schulischen Dinge nicht wirklich ernst nähme (Reflecting-Team 09.02.).

### Die Entwicklung der Störungsmodelle im Behandlungsverlauf

Im Laufe der Behandlung gibt es eine Tendenz der Verlagerung der fokussierten Symptomatik weg von der Angst und Dissoziation hin zu der familiären Konfliktebene, insbesondere hin zu dem Loyalitätskonflikt, unter dem Stella aus Sicht des Behandlungsteams litt. Ein solcher Fokuswechsel ist in der Behandlung von Cemal nicht zu erkennen. Hier blieben die Störungsmodelle über den gesamten Behandlungsverlauf relativ stabil und statisch. Parallel zu der Verlagerung des Behandlungsfokus erfolgte eine deutliche Abnahme der Angstsymptomatik von Stella (Einzeltherapie 04.01., Einzeltherapie 25.01., Einzeltherapie 27.01., Einzeltherapie 02.03. und Einzeltherapie 08.03.). Ein solcher Rückgang der Symptomatik findet sich auch in den Beschreibungen der Mutter (Elterngespräch 04.01., Elterngespräch 08.03.) und ebenfalls in den Beschreibungen des therapeutischen Teams (Einzeltherapie 17.01., Einzeltherapie 25.01., Konferenz 02.02., Teamsitzung 24.02.). Begleitet wird dieser Symptomrückgang von einer veränderten Anforderungshaltung der Eltern, so wie sie dies im Elterngespräch am 10.02. deutlich gemacht hatten, wo sie ausdrückten, dass sie glauben würden, die Panikattacken seien auch ein Stück weit eingesetzt (internal-kontrollierbar). Attributionen, die eher den Vater als Ursache der Angstsymptomatik sahen, traten mit einer vermehrten Zusammenarbeit der Eltern etwas in den Hintergrund. In den Störungsmodellen des therapeutischen Teams wurde mehr und mehr die Vermutung deutlich, dass Stella ihre Angst einsetzt, um Anforderungen aus dem Weg zu gehen, so im Rahmen des Schulversuchs (Einzeltherapie 10.02.) und auch als sie sich weigerte, aufgrund ihrer Angst mit dem Bus zu fahren (Einzeltherapie 25.02.). Internal-unkontrollierbare Attributionen treten im weiteren Verlauf der Therapie völlig in den Hintergrund. Als external-unkontrollierbare Ursache wird der mit dem Schulversuch im Rahmen der Behandlung verbundene Stress benannt (Einzeltherapie 09.02.).

Es zeigt sich insgesamt im Laufe der Behandlung eine Entwicklung, in der beide Eltern präsent sind, dies im Gegensatz zum Behandlungsverlauf von Cemal, und bei der sie auch um eine gemeinsame Sicht der Dinge in gemeinsamen Eltern- und Familiengesprächen ringen.

#### 6.3.7.4 Sozialpsychologische Aspekte des Falls

##### Passung der Störungsmodelle, Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Bei Cemal werden 3 Problembereiche (Schulprobleme, Traurigkeit und familiäre Konflikte) von den Eltern, insbesondere von der Mutter mit external-unkontrollierbaren Ursachen in Verbindung gebracht. Dabei steht immer wieder die Schule als Dreh- und Angelpunkt im Vordergrund. In Bezug auf die Schulprobleme deckt sich diese Attributionsperspektive sehr mit Cemals Sicht, der die negative Beurteilung der Schule als ungerechtfertigt empfindet, seine disziplinarische Beurlaubung mit Lügen von Mitschülern in Verbindung bringt und seine vorwurfsvolle Haltung überhaupt auf die gesamte Schulgeschichte ausdehnt. Allerdings gibt es bei den Eltern auch die internal-kontrollierbare Attributionssicht, wenn sie Cemals schulisches Verhalten als Taktieren beschreiben. Hier ergibt sich eine Übereinstimmung zur Perspektive des Teams und auch der Schule, die internal-kontrollierbare Faktoren, wie Verweigerung, eine mangelnde Arbeitshaltung und das bewusste Verschleppen von Aufgaben sieht. Diese Passung tritt aber bei zunehmender Verweigerung von Cemal in der Krankenhausschule wieder zugunsten der external-unkontrollierbaren Sicht in den Hintergrund, als die Mutter Verständnis für die Verweigerungshaltung von Cemal äußert.

In Bezug auf den Problembereich „Traurigkeit“ ist die Passung minimal. Während Cemal external-kontrollierbare Faktoren, wie Beziehungen zur erweiterten Familie hervorhebt, sieht die Mutter eher Gründe in der schwierigen Schulgeschichte (external-unkontrollierbar). In Bezug auf die external-kontrollierbare Attribution Cemals gibt es aber eine Übereinstimmung zur Perspektive des Behandlungsteams, das schwierige Bindungserfahrungen in der Familie hervorhebt.

Für den Problembereich der Konflikte in der Familie, zu dem Cemal Symptomschilderungen ohne kausale Analyse vornimmt, werden von Seiten des Teams sowohl internal-kontrollierbare, internal-unkontrollierbare als auch external-kontrollierbare Faktoren benannt. Dabei wird die Situation als ein Zusammenwirken von einem Ablehnen von Grenzsetzungen, schwierigen Bindungserfahrungen und einer unklaren Erziehungshaltung mit emotionalen Irritationen in der Mutter-Kind Beziehung analysiert. Eine Passung zur Sicht der Mutter ist hier nur insofern gegeben, als dass auch sie das Ablehnen von Grenzsetzungen durch Cemal sieht und auch eine Distanz zwischen ihr und ihm beschreibt, die sie aber wieder im Sinne einer Generalisierung mit dem Thema Schule in Verbindung bringt.

Bei Stella gibt es in Bezug auf die Angstsymptomatik eine Passung in den Störungsmodellen zwischen Stella und der Mutter, die beide external-kontrollierbare Faktoren beschreiben. Bei Stella ist dies der generell positive Einfluss der Mutter auf die Angstsymptomatik und der negative Einfluss des Vaters, was die Mutter ebenfalls teilt. Bei Stella ist aber auch die internal-unkontrollierbare Perspektive durch die drastischen Angstschilderungen präsent. Es gibt aber auch eine Veränderung hin zu einer internal-kontrollierbaren Perspektive, die beide Eltern einnehmen, in der sie Stellas Angstsymptomatik als eingesetzt erleben. Im Laufe der Behandlung treten zunehmend familiäre Konflikte und der Umgang mit der Trennungssituation in den Fokus. Mit zunehmender internal-kontrollierbarer Attribution seitens der Mutter, wächst der Druck auf Stella und es entstehen vermehrt Konflikte, während die Angst als Thema in den Hintergrund tritt. Zwischen den Eltern bleibt aber eine erhebliche Differenz in der Beurteilung der Situation. Insbesondere die Mutter scheint weniger bereit, mit dem Vater eine gemeinsame Perspektive einzunehmen.

Stella beschreibt einen starken Druck durch unterschiedliche Ansprüche beider Eltern und durch das Gefühl zwischen den unterschiedlichen Konfliktparteien hin- und hergerissen zu werden. Im Laufe der Behandlung ergeben sich weitere Konflikte zwischen Stella und der Mutter, in denen es um das Erfüllen von Anforderungen und Umsetzen von Regeln geht. Eine Passung entsteht im Laufe der Behandlung dahingehend, dass beide Eltern stärker die external-kontrollierbare Perspektive berücksichtigen und Stellas schwierige Situation mit dem Umgang mit der Trennung und den Interaktionen der Eltern in Verbindung bringen. Dabei spielt die Anerkennung, dass es überhaupt einen Konflikt zwischen den Eltern gibt, eine wichtige Rolle. Stellas Verhalten wird zum einen als ein Kommunikationsversuch in Richtung der Eltern analysiert (internal-kontrollierbar), gleichzeitig wird aber auch die Funktionalisierung von Stella in der Kommunikation der Eltern beschrieben (external-kontrollierbar). Diese Passung wird aber durch ein Misstrauen der Eltern gegeneinander geschmälert.

Das grenzverletzende Verhalten von Stella in der Tagesklinik und Schule wird vom Team in Begriffen mangelnder erzieherischer Anforderungen und mangelnder Grenzsetzungen durch die Eltern analysiert (external-kontrollierbar). Die Schule stellt internal-kontrollierbare Attributionen im Vordergrund.

### Oszillation / Einheitlichkeit

In den Störungsmodellen der Eltern und auch von Cemal dominiert die external-unkontrollierbare Perspektive im Sinne einer Schuldzuweisung einer externen Partei gegen-



über, die sich dann aber zeitweise zugunsten einer stärkeren Berücksichtigung von external-kontrollierbaren Faktoren (familiäre Interaktionsmuster) verändert, dann aber im Rahmen eines Konflikts um die Mitarbeit in der Krankenhausschule in das frühere Muster zurückkippt. Die internal-kontrollierbare Perspektive ist allerdings von Anfang an auch bei den Eltern präsent, sodass hier auch von einem Oszillieren gesprochen werden kann. Beim therapeutischen Team gibt es eine kontinuierliche Sicht, in der das Zusammenwirken von individuellen und familienbezogenen Faktoren beleuchtet wird.

Bei Stella gibt es eine kontinuierliche Anpassung der Störungsmodelle im Therapieverlauf, die zu mehr Berücksichtigung der familiären Gegebenheiten und der Einbindung der Symptome in diese führt. Damit sind auch mehr internal-kontrollierbare Attributionen und eine stärkere Auseinandersetzung mit Stella und eine Anforderungshaltung ihr gegenüber verbunden.

### Bindung / Autonomie

Sowohl bei Cemal als auch in den Äußerungen des therapeutischen Teams ist die Bindungsperspektive präsent. Bei Cemal drückt sich dies in Beschreibungen aus, in denen er seine Traurigkeit mit Todesfällen vor seiner Geburt in der erweiterten Familie verbindet und damit zumindest emotional ein Verlusterlebnis thematisiert. Beim Thema „Traurigkeit“ findet sich die Bindungsperspektive in verschiedenen Äußerungen des therapeutischen Teams, in denen Cemals Beziehungsverhalten mit familiären Diskontinuitäten begründet wird. Auch die Mutter beschreibt Irritationen in der Beziehung zu Cemal, die sie allerdings mit seiner schwierigen Schulsituation in Verbindung bringt.

Die Angstproblematik von Stella wird vom therapeutischen Team mit der Funktion verbunden, sich der Beziehung zur Mutter zu versichern. Sie dient also aus der Sicht des therapeutischen Teams der Gestaltung von Bindung vor dem Hintergrund von Verlustängsten, die aus dem Loyalitätskonflikt von Stella resultieren. Auch die Eltern sind im Laufe der Behandlung mehr und mehr in der Lage, Stellas Problematik auch als den Versuch zu erkennen, jeweils der einen oder anderen Konfliktpartei näher zu kommen.

### Freiheitsgrade

Die Benennung von external-unkontrollierbaren Faktoren auf Seiten der Mutter und Cemal schränken die Handlungsmöglichkeiten ein, da es sich um Faktoren handelt, denen sich die Familie ausgeliefert sieht. Die verbleibende Handlungsoption ist, sich diesen exter-

nal-unkontrollierbaren Faktoren zu stellen. Dazu passend schlägt die Mutter vor, dass Cemal gar nicht mehr die Krankenhausschule besucht und beschreibt die positiven Effekte eines Schulwechsel in der Vergangenheit. Es kann dabei eine gewisse Parallele zwischen Cemals Handlungsoption der Verweigerung und dieser Haltung der Mutter gesehen werden, die vor dem Hintergrund nicht steuerbarer Umstände die letztendlich verbleibende Möglichkeit ist, mit der wahrgenommenen Nichtkontingenz umzugehen.

Aus Sicht von Stella und der Mutter sind zu Behandlungsbeginn kaum Handlungsoptionen vorhanden und es dominieren internal-unkontrollierbare Attributionen bei Stella, die sich in den Angstschilderungen ausdrücken, sowie eine Beschuldigung des Vaters, der allerdings als Person außerhalb der Restfamilie ebenfalls nicht im Kontrollbereich Stellas liegt. Hieraus resultiert eine Situation der Hilflosigkeit, die mit der Angst korrespondiert. Im Laufe der Behandlung findet aber eine zunehmende Fokussierung auf external-kontrollierbare Attributionen statt, aus denen heraus mehr Anforderungen an Stella gestellt werden, was auch eine Kontrollierbarkeit für sie selbst impliziert.

### Kooperationsgrad

Bei Cemal leidet die Kooperation im Behandlungsverlauf an den eingeschränkten Deutschkenntnissen des Vaters, der insgesamt deutlich weniger präsent war als die Mutter. Konfliktsituationen mit Cemal erwiesen sich als kaum auflösbar, sodass dann die eigentlich gute Kooperation mit ihm abbrach und eine Verweigerungshaltung dominierte, die dann auch von den Eltern unterstützt wurde, sodass auch hier die Kooperation abbrach. Dies führte zur Beendigung der Behandlung.

Bei Stella ist die Kooperation mit den Eltern über weite Strecken gegeben. Trotz Trennungssituation sind sie bereit, gemeinsam an Gesprächen teilzunehmen und den Behandlungsprozess mit zu gestalten.

### Interaktionale Sicht

Die Sicht des therapeutischen Teams, des Zusammenwirkens von individuellen und familiären Faktoren, die z. B. auch im Bindungsbegriff angelegt ist, wird nur wenig bei Cemal aufgenommen. Ansätze dafür gab es bei der Mutter, die z. B. einen Einfluss einer gewissen Unordnung zu Hause auf die Durchführung der Hausaufgaben sah, und einräumte, dass sie das Gefühl habe, in ihrer Wohnung nur vorübergehend zu leben. Als ein genereller Hintergrund wurde vom Team dabei die Unentschiedenheit der Eltern in Bezug auf das Land, in

dem sie leben wollen, herausgestellt und hier ein Zusammenhang zum schulischen Misserfolg Cemals hergestellt.

Die Perspektive des Loyalitätskonfliktes, in dem Stella versucht, sich so zu positionieren, dass es nicht zu einem Verlust eines Elternteiles kommt, wird von den Eltern im Laufe der Behandlung akzeptiert und eine Verbindung zu ihren eigenen Verhaltensweisen hergestellt. Dabei ist ein Zeichen einer stärker interaktionalen Perspektive, dass die Attributionsvielfalt zunimmt, sodass internale und externale Ursachen zusammenwirken. Auch die Sicht, dass Stella sich versucht über die Konflikte von der Mutter abzugrenzen, kann als eine interaktionale Perspektive angesehen werden.

#### Die Perspektive der Reaktanzforschung

Die sehr schnell bei Anforderungen entstehende Verweigerungshaltung von Cemal weist auf ein Erleben von Reaktanz hin. Ein Ansatzpunkt zum Verständnis dieser hohen Reaktanztendenz könnte die Wichtigkeit der Freiheiten sein (Worchel, 2004), die durch die Anforderungen der Schule bedroht sind. In den Störungsmodellhypothesen des Teams fanden sich auch Überlegungen, die die Schulproblematik in Zusammenhang mit der Idee der Eltern, in der Türkei zu leben, in Verbindung brachten. Eine Verbindung zu Reaktanz könnte hier hergestellt werden, indem eine erfolgreiche Schullaufbahn genau diesem Ziel, nicht in Deutschland, sondern in der Türkei zu leben, als abträglich empfunden würde. Wenn in Deutschland alles perfekt laufen würde, gäbe es schlichtweg keinen Grund in die Türkei zu ziehen. Die mit den Anforderungen bedrohte Handlungsfreiheit wäre allerdings damit sehr wichtig, was eine Brücke zur Stärke der erlebten Reaktanz sein könnte.

Reaktanz könnte bei Stella in der Verweigerungshaltung gegenüber Besuchskontakten zum Vater zu finden sein, durch den sie sich in ihren Handlungsoptionen eingeschränkt fühlt. Stella leidet dabei unter den impliziten Erwartungen, die jeder Elternteil bezüglich einer Abwertung des anderen hat. Dieses bedeutet allerdings eine erhebliche Einschränkung ihrer Freiräume, die sie über diese Verweigerung löst.

#### Die Perspektive der Dissonanzforschung

Vor dem Hintergrund des eher negativen Verlaufs, an dessen Ende Cemal die Mitarbeit in der Krankenhausschule völlig verweigerte, muss in Frage gestellt werden, ob es zu irgendeinem Zeitpunkt in der Therapie zu einem ausreichenden Maß an Dissonanz gekommen ist, um eine Einstellungsänderung zu bewirken. Weder Dissonanz nach Entscheidungen noch

Dissonanz im Sinne einer forcierten Einwilligung (Frey & Gaska, 1993) konnten beobachtet oder erschlossen werden. Hintergrund dafür könnte eine geringe Freiwilligkeit oder auch Selbstverpflichtung sein. Auch die Tatsache, dass Cemal von der Mutter Belohnungen für mehr Mitarbeit in der Schule angeboten wurden, könnten das Entstehen von Dissonanz verhindert haben (Brehm, 1976).

Der von Stella beschriebene Loyalitätskonflikt dürfte eine erhebliche Quelle von Dissonanz sein, da jeweils der soziale Einfluss eines Elternteils über die Dissonanz oder Konsonanz der Kognitionen als Bezugsmaßstab entscheidet. Eine Möglichkeit, diese Dissonanz abzubauen, ist auch die Vermeidung von Situationen, in denen dissonante Kognitionen auftreten, wie dies bei der Verweigerung der Besuchskontakte der Fall ist. Aber auch die zunehmende Anforderungshaltung der Eltern dürfte zu Dissonanzerfahrungen im Sinne einer forcierten Einwilligung beigetragen haben, in der Stella zunehmend ihren Handlungsspielraum erweitert und somit zu ihrer Angst dissonante Kognitionen entstehen.

### Die Perspektive der Forschung zur Attribution

Zu Behandlungsbeginn stehen bei Cemal Attributionen im Vordergrund, die typische Eigenschaften von Attributionen auf die Umstände beinhalten (Meyer & Försterling, 1993). Zwar ist die Konsistenz hoch, d. h. die Variation über verschiedene Zeitpunkte ist gering, was in der Analyse der Schulgeschichte seitens der Mutter und auch Cemal deutlich wird, die schon seit der Grundschule als problematisch angesehen wird. Dass die Distinktheit hoch ist, zeigt sich u. a. in der Sicht Cemals daran, dass ein Schulwechsel in der Vergangenheit die Probleme zumindest zeitweise reduziert hat. Der Konsensus wird als hoch in dem Sinne eingestuft, dass in den Schilderungen von Cemal der Eindruck entsteht, dass auch jeder andere, unter ähnlichen Umständen, sich so verhalten würde. Die Attribution auf die Umstände erfüllt auch die Idee des Akteur-Beobachter-Unterschieds (Jones & Nisbett, 1971, zit. nach Meyer & Försterling, 1993), die besagt, dass Handelnde dazu tendieren, ihre Handlungen eher auf die Umstände als auf die Person zu attribuieren. Letztendlich kann diese Theorie auch dazu dienen, die stärker auf die Person bezogenen Attributionen des therapeutischen Teams, das ja Beobachter ist, zu erklären.

Während die Attributionen von Stella und der Mutter eher external-unkontrollierbar (Vater trägt die Verantwortung) sind, macht das therapeutische Team im Wesentlichen interne und external-kontrollierbare Attributionen. Auch hier können die Ergebnisse mit Akteur-Beobachter-Unterschieden (Jones & Nisbett, 1971, zit. nach Meyer & Försterling, 1993) er-

klärt werden. Im Laufe der Behandlung wird über die zunehmende Auseinandersetzung um häusliche Regeln eine Perspektive prinzipieller Veränderbarkeit, in der um spezifische Verhaltensweisen von Stella gerungen wird, eingeführt. Dies widerspricht der typischen Personenattribution, da hier zwar die Konsistenz hoch ist, aber grundsätzlich von der Veränderbarkeit ausgegangen wird und der Konsensus hoch ist.

### Die attributionale Perspektive

Nach Weiner (2006) lässt sich das wenig Konsequenz und Anforderung, im Gegenteil viel Verständnis aufweisende Verhalten der Mutter vor dem Hintergrund einer Verweigerung von Anforderungen seitens Cemals aus der Tatsache erklären, dass Attributionen vorgenommen werden, die die Unkontrollierbarkeit der Problematik in den Vordergrund stellen. Aus der Unkontrollierbarkeit folgt nach Weiner (2006) das Urteil der Nichtverantwortlichkeit, woraus Sympathie und Hilfsbereitschaft entsteht. Umgekehrt hat dieses Verhalten aber auch Rückwirkung auf die Fähigkeitseinschätzung seitens Cemal, dessen Hilflosigkeitserleben dadurch verstärkt werden könnte.

Die Anforderungshaltung der Eltern von Stella, die im Laufe der Behandlung auftritt, impliziert die Botschaft der positiven Fähigkeitseinschätzung, die über den Ärger der Eltern transportiert wird (Weiner, 2006).

### Die Perspektive der Hypothesentheorie der Wahrnehmung unter Berücksichtigung der Forschungsergebnisse zur Verhaltensbestätigung

Die Hypothese, dass Cemal von den Mitschülerinnen und auch Lehrern schlecht behandelt wird, dürfte durch den sozialen Rückhalt in der Familie stark und schwer zu falsifizieren sein (Lilli & Frey, 1993). Die tatsächlich gemachten negativen Erfahrungen, wie der zeitweise Ausschluss vom Unterricht, können mit Effekten einer Verhaltensbestätigung erklärt werden, in der Cemal den Lehrerinnen mit vorgefassten Überzeugungen begegnet und diese sich entsprechend, so wie er dies vorhersieht, ablehnend verhalten und er dies dann in sein Selbstkonzept integriert (Maddux, 1993).

Der Loyalitätskonflikt, den Stella erlebt, kann auch als ein Konflikt konkurrierender Hypothesen angesehen werden, die aber nicht eine ausreichende Stärke erlangen, sodass der dreistufige Prozess des Hypothesen-Testens (Lilli & Frey, 1993) immer wieder neu durchlaufen wird.

### Die Perspektive der Theorie sozialer Vergleichsprozesse

Cemal erlebt sich in einer Außenseiterposition und einer damit verbundenen Unähnlichkeit mit für den sozialen Vergleich zur Verfügung stehenden Gleichaltrigen. Dies könnte Vergleichsprozesse erschweren und eine realistische Selbsteinschätzung im Sinne der Theorie sozialer Vergleichsprozesse (Festinger, 1954 zit. nach Frey et al., 1993) erschweren.

Stella erlebt aufgrund der Tatsache, dass sie nicht-kompatiblen Wirklichkeitskonstruktionen im Rahmen des Konfliktes ihrer Eltern ausgesetzt ist, eine kognitive und emotionale Verunsicherung, die zu einer erhöhten Vergleichsmotivation führen dürfte. In der kinder- u. jugendpsychiatrischen Behandlung, die in einer Kleingruppe stattfand, war ausreichend Gelegenheit für solche Vergleiche. Diese könnten dazu beigetragen haben, dass sich Stellas Verhalten zunehmend normalisiert hat und mehr Raum für eine konstruktive Auseinandersetzung von Stella mit ihren Eltern entstanden ist.

### **6.4 Diskussion der Hauptuntersuchung**

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war, herauszufinden, wie naive und professionelle Störungsmodelle, die im Rahmen der Kommunikation in der kinder- u. jugendpsychiatrischen Behandlung offenbar werden, zusammenwirken und den Kommunikationsprozess gestalten. Dabei wurde auf die in der Voruntersuchung aufgestellten Hypothesen fokussiert, dass nicht im Wesentlichen inhaltliche, sondern formale Aspekte dieser Störungsmodelle (z.B. Passung) eine wichtige Rolle in der Strukturierung des Kommunikationsprozesses inne haben. Diese Hypothese konnte z. T. auf der Basis der qualitativen Analysen bestätigt werden, sollte aber in späteren Untersuchungen auch quantitativ überprüft werden.

Für die Untersuchung wurden in einem ersten Schritte Störungsmodelle in den vollständig anonymisierten Therapiemitschriften identifiziert und in einer Tabelle zusammengefasst, die diese in ihrem chronologischen Verlauf, kategorisiert nach genannten Symptomen, darstellt. Diese Tabelle diente im weiteren Verlauf als Basis für die Analyse. In einem nächsten Schritt wurde versucht, anhand der Einzelanalysen die 14 Fälle zu Typen zu klassifizieren. Es kristallisierte sich in den auf sozialpsychologischen Konstrukten beruhenden Analysen heraus, dass ein attributionstheoretischer Ansatz für die Klassifizierung fruchtbar ist, der auf den Gedanken von Weiner (2006) beruht und die Störungsmodelle der verschiedenen Akteure in ein 2 x 2 Schema kategorisiert, das aus den Dimensionen Externalität / Internalität und Kontrollierbarkeit / Nicht-Kontrollierbarkeit gebildet wird. Weiner (2006) hatte in seiner

Analyse darauf hingewiesen, dass herkömmliche Attributionsmodelle die Dimensionen Internalität und Kontrollierbarkeit konfundieren und diese getrennt betrachtet. Die Unterscheidung von kontrollierbaren und unkontrollierbaren Attributionen für den Bereich der internalen Attribution wurde im Rahmen der vorliegenden Untersuchung auf den Bereich der externalen Attributionen erweitert. Auf der Basis dieser Analyse konnten dann Typen gebildet werden, die insbesondere die Konfliktstruktur, die mit den Attributionen verbunden ist, abbilden.

#### **6.4.1 Schwierigkeiten bei der Analyse**

Die Idee des Fallvergleichs basierte auf dem Vorgehen in der fallrekonstruktiven Familienforschung Hildenbrands (2005) und sieht vor, dass auf der Basis der Ergebnisse eines ersten Fallvergleichs diese in Bezug zu einem weiteren Fall gesetzt werden, der auf der Basis bestimmter Kriterien (Kontrast, Ähnlichkeit) ausgewählt wird. Dieses Vorgehen wurde hier so abgewandelt, dass Fallvergleiche nacheinander durchgeführt wurden, die auf einer Zufallsauswahl beruhten. Dies hat sich aber in diesem Untersuchungszusammenhang nicht bewährt. Möglicherweise hat die Idee, die Fälle anhand einer spezifischen Kommunikation, nämlich dem Ausdruck von Störungsmodellen zu untersuchen, die Daten zu sehr reduziert, sodass der Fallvergleich als Methode nicht greifen konnte. Ein weiterer Aspekt ist, dass es sich um eine sozialpsychologische Fragestellung handelt und die Methode des Fallvergleichs eher im soziologischen Zusammenhang entwickelt worden ist.

Formal wurde die Analyse über weite Strecken als Fallvergleich vorgenommen, inhaltlich letztendlich aber jeder Fall für sich behandelt und anhand der Einzelanalysen eine den Störungsmodell-Kommunikationen unterliegende Struktur gesucht, die der Kategorienbildung dienen konnte. Für jeden Fall wurde eine Analyse anhand der Kategorien Passung, Oszillation, Bindung / Autonomie, Freiheitsgrade, Kooperationsgrad, Interaktionale Sicht, Reaktanz, Dissonanz, Attribution, Hypothesentheorie der Wahrnehmung und Soziale Vergleichsprozesse vorgenommen. Am fruchtbarsten für die Analyse der Daten und die Kategorienbildung zeigte sich der Attributionale Ansatz, z.B. vertreten durch Weiner (2006), sowie Reaktanzprozesse, Passung, Oszillation und Bindung.

Ein weiteres Problem stellte die Frage dar, wie weit die Störungsmodelle gefasst werden sollen, bzw. welche Kommunikation noch als Störungsmodell bezeichnet werden soll. Um die Analyse nicht zu sehr zu reduzieren, wurde hier eine großzügige Haltung vertreten und generell jede Äußerung, die Ursachen entweder benennt oder miteinander verbindet, in die Analyse mit einbezogen. Dabei sind klare Ursachenzuschreibungen eher selten. Diese sind

häufig diffus und nicht immer einem spezifischen Symptom zuzuordnen. Hier spielt sicher auch die Tatsache eine Rolle, dass die Grundlage der Analysen Texte darstellen, die meistens Gedächtnisprotokolle von therapeutischen Interaktionen waren, womit schon ein beträchtlicher Verlust an Genauigkeit verbunden ist.

#### **6.4.2 Die Attributionsdimensionen**

**Kontrollierbarkeit:** Weiner (2006) sieht in der Beurteilung der Kontrollierbarkeit einer internal attribuierten Handlung eine wichtige Voraussetzung für die ethische Beurteilung der Handlung, sowie der emotionalen Reaktion auf diese. Die Kontrollierbarkeit einer internal attribuierten Handlung steht in Verbindung mit Autorschaft, Selbstbestimmung und Autonomie. Ist diese Attribution getroffen und wird die Handlung einer Intention zugerechnet, wird die handelnde Person für die Folgen in die Pflicht genommen.

**Internalität:** Die Dimension der Internalität / Externalität erscheint gerade in dem der Untersuchung zugrundeliegenden Lebensbereich wichtig, da sie vorgibt, wer der Adressat für therapeutische oder erzieherische Kommunikationen ist, nämlich das Individuum oder die Bezugsgruppe (Familie, Pflegefamilie, Heimgruppe u. a.).

Die störungsmodellspezifischen Kommunikationen wurden auch in Begriffen von Bindung und Autonomie analysiert und dabei die Relevanz von Bindungsprozessen für die Attributionen untersucht. Dabei konnte ein Zusammenhang zwischen der Dimension Kontrollierbarkeit / Unkontrollierbarkeit und Bindungsprozessen hergestellt werden. Die Verbindung dieser Konstrukte wird dabei darin gesehen, dass Unkontrollierbarkeit einen wichtigen Reiz darstellt, sich innerhalb einer Gruppe zu unterstützen. Dies gilt sowohl für external-unkontrollierbare Ereignisse, wie z. B. eine ungerechte Behandlung durch einen Lehrer, als auch für internal-unkontrollierbare Ereignisse, wie Ängste oder auch bedrohliche körperliche Zustände.

Die Unterscheidung zwischen external-kontrollierbaren und external-unkontrollierbaren Attributionen steht dabei mit der Systemebene, die gerade betrachtet wird, in Verbindung. Diese Unterscheidung, die diese Dimension trifft, macht dabei gerade die Therapie mit Familien aus, in denen der familiäre oder auch außerfamiliäre Kontext Gegenstand der therapeutischen Arbeit ist. In der Familientherapie wird per Definitionem ein Unterschied zwischen Familie und außerfamiliärer Umgebung gemacht, und im systemischen Sprachgebrauch als Kontext bezeichnet (Simon, 1999). Der Versuch, familiäre Interaktionsmuster zu identifizieren und damit zu arbeiten braucht diese Unterscheidung als Vorausset-



zung. Im Grunde genommen bildet die Attributionskategorie die jeweilige Systemebene (Individuum-Familie-Gesellschaft) ab. Eine external-kontrollierbare Attribution bedeutet in diesem Zusammenhang nicht, dass das Individuum die Kontrolle über die externalen Umstände hat, die sein Verhalten bestimmen. Dies stünde mit der Dimension Externalität, so wie sie in der Attributionsforschung (Meyer & Försterling, 1993) verstanden wird, im Widerspruch. Es bedeutet aber, dass wenn die Familie als Gruppe mit einem Verhalten einer Person kausal verbunden wird, diese Gruppe eine Kontrolloption hat, wenn sie als Ganzes angesprochen wird. Dieser Zusammenhang wird in den external-kontrollierbaren Attributionen abgebildet und fand sich als Attributionskategorie in allen Therapieverläufen. Allerdings könnte die Kategorie external-kontrollierbar auf jeden bekannten Kontext, sofern dieser Ansatzpunkt der therapeutischen Arbeit ist, angewendet werden. Dabei wird in der vorliegenden Untersuchung ein spezifischer Kontext, nämlich der der therapeutischen Arbeit mit Familien abgebildet, in dem gerade das Erzeugen von Kontrollmöglichkeiten der Familie für individuelle Verhaltensweisen ein wichtiger Teil der therapeutischen Arbeit darstellt (z. B. Ludewig, 2002).

#### **6.4.3 Klassifikation zu Typen**

Im Laufe der Analyse wurde eine Klassifikation der einzelnen Fälle zu 4 Typen vorgenommen, die verschiedene Attributionsabfolgen, bzw. Konfliktmuster beinhalteten. Diese bestanden in charakteristischen Störungsmodell-Kommunikationen, die über den Zeitverlauf eine bestimmte Struktur zeigten (z.B. Polarisierung, Fokusverschiebung). In den 14 Fallanalysen der Hauptuntersuchung fanden sich aber in keinem Fall eine eindeutige Zuordnung zu einer der 4 Attributions-Kategorien, weder pro Fall, noch differenziert nach Personen. Es fanden sich hingegen eher Konfliktmuster, die die Falldynamik erklärbar machten und die die Interaktionen strukturierten. Die meisten Fälle ließen sich dabei einem dieser 4 Konfliktmuster zuordnen. Der zentrale Konflikt (z. B. zwischen internal-unkontrollierbaren und internal-kontrollierbaren Attributionen im Falle des Typs „Kampf um Bindung“ kann zwischen verschiedenen Akteuren, aber auch innerhalb einer Person durch eine Ambivalenz oder Oszillation (z. B. Wolfgang) deutlich werden. Die Konflikte waren fast in keinem Fall eindeutig nur durch eine Person besetzt. Es werden immer auch in geringerem Masse Störungsmodelle vorgebracht, die zu der abgelehnten Seite der Konfliktkategorie gehören. Es fand sich ein Verlaufsmuster in den Interaktionen pro Fall, das hier als Generalisierung bezeichnet werden soll und beinhaltete, dass eine Fokussierung in den Störungsmodell-Kommunikationen oder überhaupt in den Interaktionen auf einen bestimmten Problembereich stattfand. Obwohl in der Analyse der einzelnen Fälle verschiedene Problembereiche differenziert wurden, gab es eine

Art Drift zu einem bestimmten Problembereich (Angst, familiäre Konflikte, Schulprobleme), der alle Kommunikationen subsumierte. Diese war bei zumindest einem der 4 Konfliktmuster, nämlich im Fall des Musters „Kampf um Bindung“ spezifisch und beinhaltete eine Fokusverschiebung von Angst zu familiären Konflikten.

Simon (1995) hatte in einem theoretischen Modell zur Organisation von Konflikten in sozialen Systemen unterschiedliche Organisationsformen, die mit spezifischen Symptombildungen verbunden waren beschrieben. Diese waren durch eine bestimmte zeitliche Struktur (gleichzeitig oder zeitversetzt) gekennzeichnet. Ein Modell des Umgangs mit sich widersprechenden Wirklichkeitskonstruktionen stellen auch die in der vorliegenden Arbeit empirisch erfassten Konflikttypen zwischen verschiedenen Attributionskategorien dar. Dabei geht es auch hier um die Ambivalenz von Systemen, was ihre Wirklichkeitskonstruktion, hier allerdings abgebildet in Störungsmodellen, angeht. Die verschiedenen Pole des Konfliktes können dabei zwischen Interaktionsteilnehmern aufgeteilt sein, oder innerhalb einer Person schwanken. Simon (1993) beschrieb dies als Oszillation.

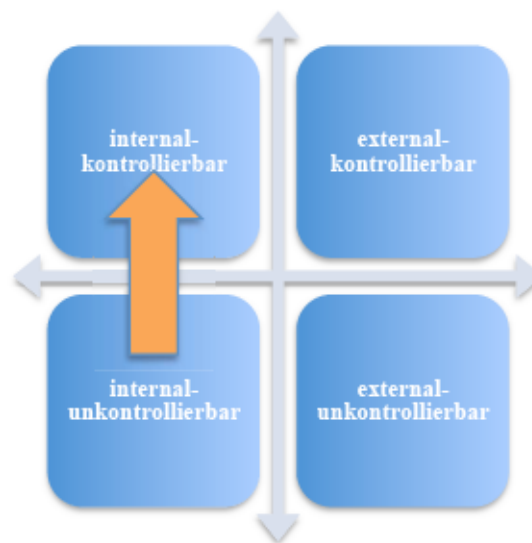
Es muss allerdings auch problematisiert werden, inwieweit die geäußerten Störungsmodelle Ausdruck von tatsächlichen Überzeugungen waren oder auch strategisch eingesetzt wurden. Hinweise darauf liefern die Untersuchungen von Juvonen (2000, zit. nach Weiner, 2006), die herausfanden, dass Jugendliche, die in der Schule versagten, gegenüber den Lehrern eine mangelnde Fähigkeit und gegenüber den Gleichaltrigen einen Mangel an Anstrengung kommunizierten. Dies erscheint aber in der vorliegenden Untersuchung wenig relevant, da weder die objektive noch die subjektive Richtigkeit der Störungsmodelle hinterfragt wird, sondern ihre Auswirkung im Kommunikationsverlauf, also ihre Wirkung auf die Kommunikationsstruktur. Ebenso wenig wird auch der Erfolg der Therapien systematisch evaluiert. Es wurden allerdings Symptomschilderungen im Sinne von Symptomverbesserungen und Verschlechterungen in die Analyse mit einbezogen.

### **6.4.4 Die Attributionstypen**

#### **6.4.4.1 „Kampf um Autonomie“**

Dieses Muster wird durch einen Konflikt zwischen internal-kontrollierbaren und internal-unkontrollierbaren Attributionen in den Störungsmodellen bestimmt. Dabei ist der Konflikt zwischen den Akteurinnen relativ klar aufgeteilt. Die Jugendlichen kämpfen um eine Akzeptanz der Autorenschaft ihrer Handlungen, besetzen also die internal-kontrollierbare Kategorie, die Eltern, Therapeuten oder Lehrer besetzen die internal-unkontrollierbare Kate-

gorie. Die Bezeichnung dieser Fallstruktur als „Kampf um Autonomie“ resultiert dabei aus der Überlegung, dass die Autorenschaft eigener Handlungen, also die Selbstbestimmung und Steuerung eine Voraussetzung für das Erleben von Autonomie darstellt. Es handelt sich also um ein Ringen um Selbstbestimmung eigener Handlungen, dem die Erwachsenen widersprechen, die Faktoren außerhalb der Reichweite der Jugendlichen hervorheben und damit um einen prototypischen Ablösungskonflikt der Eltern mit ihren Kindern. Während die Jugendlichen Kontrollierbarkeit betonen und auf Selbstbestimmung drängen, heben die Eltern die Bestimmung durch körperliche oder psychische Prozesse außerhalb der Kontrolle der Jugendlichen hervor.



**Abbildung 2: "Kampf um Autonomie"**

### Paul

Im Fall von Paul, der in seiner Pflegefamilie aggressive Verhaltensweisen sowie eine unrealistische Selbsteinschätzung aus deren Sicht vor dem Hintergrund einer diagnostizierten Lernbehinderung zeigt, ist dies der Konflikt zwischen dem Wunsch zu studieren und der Überzeugung der Erwachsenen, dass dies völlig unmöglich ist und eine Selbstüberschätzung darstellt. Dabei stellt die Lernbehinderung eine internal-unkontrollierbare Ursache dar.

Selbsteinschätzung: int-u (Lernbehinderung) / int-k (korrekte Selbsteinschätzung)

Dieselbe Struktur wiederholt sich in Bezug auf die Aggressionen. Während Paul äußert, dass er sich aggressiv verhält, weil er sich abgrenzen will (internal-kontrollierbar) heben

die Pflegeeltern hervor, dass er unter einer psychischen Erkrankung leidet (internal-unkontrollierbar).

Aggression: int-u (psychisch krank) / int-k (will mich abgrenzen)
---

Das therapeutische Team erweitert diese Sicht um external-kontrollierbare Ursachen im Sinne einer Einflussnahme seiner Adoptivfamilie. Aus Pauls Sicht wiederholt sich aber auch hier der Konflikt zwischen Kontrollierbarkeit und Unkontrollierbarkeit. Der Konflikt konnte erst gelöst werden, nachdem das therapeutische Team eine Entwicklungsperspektive einführte und Pauls Autonomie vollständig anerkannte, also ebenfalls auf die internal-kontrollierbare Attributionsseite einschwenkte.

### Wolfgang

Trotz der Unterschiedlichkeit in der Ausgangsbasis, bei Paul eine Pflegefamilie, nachdem er in einer Adoptivfamilie aufgewachsen war und große Ambitionen bezüglich seiner beruflichen Zukunft hatte, bei Wolfgang eine Totalverweigerung in schulischer Sicht, gibt es in der Konfliktstruktur eine erhebliche Übereinstimmung. In den drei Problembereichen ADHS, außerfamiliäre und innerfamiliäre Probleme wiederholt sich der Konflikt zwischen internal-kontrollierbaren und internal-nichtkontrollierbaren Attributionen.

int-k (verweigert sich) / int-u (kommunikationsgestört)
---

Der Konflikt zeigt sich hier aber auch in einer Ambivalenz innerhalb der Akteurinnen und ist nicht klar besetzt. Die Mutter schwankt zwischen der Sicht, dass Wolfgang sich bewusst verweigert (internal-kontrollierbar) und der Sicht einer psychischen Störung, ausgedrückt in ihrer Haltung, dass Wolfgang ihr Leid tue (internal-unkontrollierbar). Ihre Ambivalenz drückt sich auch in der widersprüchlichen Beschreibung aus, dass Wolfgang ohne Medikation zu Hause schwer zu ertragen sei und der Äußerung, dass sie keine Wirkung der Medikamente mehr gesehen habe. Ebenso zeigt das Team ein Schwanken zwischen der Sicht einer Verweigerung (int-k) und einer Impulsschwäche und Kommunikationsproblemen (int-u). Die vorübergehende Lösung einer verstärkten Verantwortungsübernahme der Mutter durch die Betonung external-kontrollierbarer Attributionen im Sinne einer erzieherischen Anforderungshaltung, greift nur vorübergehend. Diese Perspektive, die bei Wolfgang in der Betonung von Aufträgen durch seinen Adoptivfamilie Ausdruck findet, wird in beiden Fällen durch das Team eingebracht. Bei Wolfgang kann die Totalverweigerung, die am Ende der Behandlung

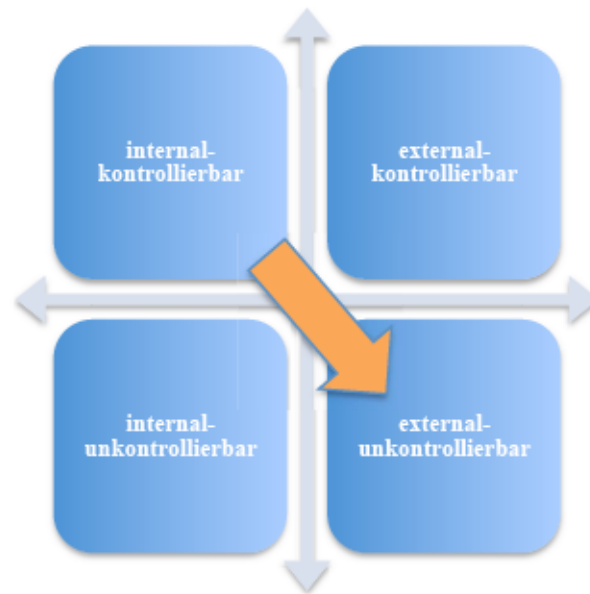
wieder aufflammt, als eine Minimalform von Autonomie angesehen werden, deren reifere Formen ihm verschlossen sind. Hintergrund dafür könnte die Haltung der Mutter sein, geringe Anforderungen an ihn zu stellen und damit seine Autonomiebestrebungen zu konterkarieren. Dies durch die Betonung von int-u Attributionen.

Dieses Muster scheint Reaktanz sehr zu fördern, da durch das Absprechen von Selbststeuerung wichtige Handlungsmöglichkeiten verloren gehen. Ein Hinweis auf diese Reaktanz ist die Rolle von aggressiven Verhaltensweisen sowohl bei Wolfgang als auch bei Paul, aber auch letztendlich die Stärke des Festhaltens an den Verhaltensauffälligkeiten.

#### **6.4.4.2 „Beschuldigung eines Außenfeindes“**

Dieses Konfliktmuster besteht in der Spannung zwischen dem Störungsmodell einer internal-kontrollierbaren Ursache für die Problematik und einer external-unkontrollierbaren Ursache. Es kann auch als Konflikt zwischen Verantwortungsübernahme für das Verhalten auf Seiten der Patientin und Beschuldigung einer externen Partei (Schule, Erzieherin) angesehen werden. In allen drei dem Muster zugeordneten Fällen gibt es darüber hinaus die Tendenz der Koalitionsbildung des Patienten mit einem starken Elternteil, der diese Sicht teilt. Dabei sind die Fronten nicht immer klar, sondern können auch innerhalb einer Person im Laufe des therapeutischen Prozesses oszillieren (z.B. Cemal). Es handelt sich um ein Muster, in das Eltern und Kinder gemeinsam verstrickt sind.

Gemeinsamkeit der drei Fälle - und auch bei Selim sind Elemente dieses Typus zu finden - ist die Richtung des Konflikts zu external-unkontrollierbaren Attributionen. Es findet eine zunehmende Polarisierung statt, die eher einen ungünstigen Verlauf impliziert, da die Störungsmodelle zunehmend auseinander driften. Nur bei Selim gelingt über das Modell des Gesicht wahrens eine Konfliktlösung, in seinem Fall aber handelt es sich um eine Mischform, die dieses Muster nicht eindeutig besetzt. Aus diesen Überlegungen geht auch hervor, dass Reaktanzprozesse (Miron & Brehm, 2006) durch den mit der Polarisierung verbundenen Druck auf die Handlungsoptionen eine Rolle spielen. Die Tatsache der Koalition mit einem starken Elternteil, die in allen drei Fällen zu beobachten ist, weist auf starke, für die Behandlung ungünstige Hypothesen hin, die in der therapeutischen Kommunikation nur schwer erreicht werden können.



**Abbildung 3: "Beschuldigung eines Außenfeindes"**

#### Michaela

Bei Michaela finden sich für den Symptombereich „Konflikte mit Erziehern“ external-unkontrollierbare Attributionen und bei der Bezugserzieherin internal-kontrollierbare Attributionen, die im Laufe der Behandlung polarisieren.

Konflikte mit Erziehern: ex-u (Bezugserziehern zu kritisch gegenüber Mutter) / int-k (hält zur Mutter)

Für den Symptombereich „Konflikte mit der Peer-Group“ zeigt sich dieser Konflikt nicht so deutlich zwischen Bezugserzieherin und Patientin, wohl aber zwischen Team und Patientin. Im Zeitverlauf entsteht eine zunehmende Polarisierung der Störungsmodelle. Die klare Aufteilung der Fronten impliziert dabei eher einen ungünstigen therapeutischen Verlauf, da jeder Akteur von einem intentionalem Verhalten ausgeht und damit ein negativer Emotionsausdruck (Weiner, 2006) wahrscheinlich ist.

Aus der Perspektive der Theorie zur psychologischen Reaktanz betrachtet erzeugt der Druck der Bezugserzieherin, sich von der Mutter zu distanzieren bei Michaela den gegenteiligen Effekt. Dies könnte auch als Variante des Romeo- und Julia Effektes (Driscoll et al., (1972) angesehen werden. Es findet eine Fokusverschiebung hin zum Konflikt mit der Bezugserzieherin statt.

Enrico

Bei Enrico oszilliert die Mutter zwischen Beschuldigung des Vaters und Beschuldigung von Enrico, allerdings nicht über Störungsmodelle vermittelt sondern indirekt, indem sie ihren Ärger in Bezug auf Enrico ausdrückt (Bereich: Soziale Auffälligkeiten zu Hause). Der zentrale Konflikt lag zwischen den Störungsmodellen der Mutter, die externe Faktoren in den Vordergrund stellt und dem Team, das internal-kontrollierbare Faktoren in den Störungsmodellen verfolgte.

Soziale Auffälligkeiten innerhalb: int-k (Ärger auf Enrico) / ex-k (Vater ist Schuld)

Soziale Auffälligkeiten außerhalb: int-k (Taktiert, will verletzen) / ex-u (Schule ist Schuld)

Das Erstere ist ein Sonderfall des Zweiten, da Vater nicht mehr zur Restfamilie gehört

Die Mutter unterstützt Enrico in seiner Beschuldigungshaltung gegenüber der Schule. Enrico selbst teilte die Perspektive seiner Mutter und machte andere Personen (Lehrer, die Mutter oder auch Mitpatienten) für seine Probleme verantwortlich. Damit ist aber auch ein Kontrollverlust verbunden, der sich in Enricos früherer Angstsymptomatik niedergeschlagen haben könnte.

Im Verlauf zeigt sich eine zunehmende Polarisierung der Störungsmodelle. Die Polarisierung und Reaktanz könnten sich dabei gegenseitig verstärkt haben, da mit der Polarisierung auch eine stärkere Bedrohung der Handlungsoptionen einhergeht. Das Team fordert immer stärker Verhaltensweisen ein, die Enrico aber aufgrund seiner starken Position durch die Mutter ablehnt. Die aggressiven Verhaltensweisen von Enrico könnten dabei Ausdruck dieser Reaktanz sein.

Cemal

Einer der beiden Hauptkonflikte liegt bei Cemal zwischen der Haltung des Teams, dass er in den Problembereichen „Schule“ und „Traurigkeit“ taktiert und der Beschuldigung der Schule als externer Institution, die ihn ungerecht beurteilt, ihn in der Vergangenheit traumatisiert hat und zu einer Distanzierung zwischen Mutter und Sohn beigetragen hat.

int-k (taktiert) / ex-u (Institutionen sind schuld)

Der zweite Konflikt wird im Laufe der Behandlung deutlich. Vom Team werden Störungsmodelle eingebracht, die einen familiären Einfluss, was Erziehungshaltungen, aber auch Bindungsprozesse angeht und einen Paarkonflikt annehmen. Vorübergehend wird dies aufgenommen, im Rahmen des Konfliktes um den Besuch der Krankenhausschule aber unterstützen dann die Eltern Cemal wieder in seiner Verweigerungshaltung gegenüber der Schule. An dieser Stelle wurde die Behandlung dann beendet.

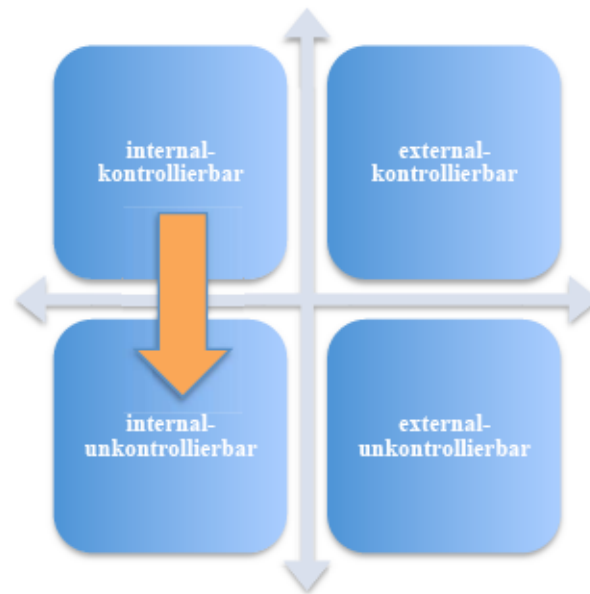
ex-k (Familie hat Einfluss) / ex-u (Institutionen sind Schuld)
--

In diesem Konfliktmuster zeigt sich aus der Perspektive der Familie als Ganzes ebenfalls die Bewegung hin zu external-unkontrollierbaren Attributionen und damit zu einer Ablehnung von Verantwortung. Es findet eine vollständige Fokussierung auf die Schulprobleme statt. Die anderen Schwierigkeiten treten dabei in den Hintergrund. Die Verweigerung in der Schule scheint eine hoch bewertete Verhaltensalternative zu sein und führt zu einer Polarisierung zwischen Verweigerungs- und Anforderungshaltung, die wiederum die Reaktanz verstärken dürfte. Auch sind starke Hypothesen durch soziale Unterstützung und Koalitionsbildung zu finden.

#### **6.4.4.3 „Kampf um Bindung“**

Alle vier Fälle, die diesem Typus zugeordnet wurden, zeichnen sich u. a. durch einen Konflikt zwischen internal-kontrollierbaren und internal-unkontrollierbaren Attributionen aus, der sich zwischen den Akteurinnen aber auch innerhalb der Akteure abspielt. Ein Ausdruck dieses Konfliktes ist bei allen vier Fällen eine eingeschränkte Compliance mit verhaltenstherapeutischen Interventionen im Sinne eines Festhaltens an der Symptomatik. Alle Fälle zeichnen sich neben der niedrigen Compliance auch durch eine hohe Reaktanz (Miron & Brehm, 2006) aus. Mit Ausnahme von Katja handelt es sich bei den Leitproblematiken um Angststörungen, bei Katja war es eine fluktuierende Symptomatik bestehend aus Dissoziation, Kopfschmerzen und Selbstverletzungen. Im Laufe der Therapie fand eine Fokusverschiebung hin zur familiären Konfliktebene statt. Im Rahmen dieses Konflikts entwickelten sich dann spezifische Interaktionen mit individuellen Lösungsversuchen.





**Abbildung 4: "Kampf um Bindung"**

#### Armando

Der zentrale Konflikt in Armandos Fall liegt zwischen der Sicht der Erwachsenen, dass Armando sich verweigert und seiner Sicht, dass er aufgrund seiner Angstproblematik nicht anders kann.

Angst: int-k (verweigert sich) / int-u (unkontrollierbare Angst).

Armando verfügt dabei auch über ein komplexes interaktionsorientiertes Störungsmodell, das sowohl internal-unkontrollierbare Faktoren im Sinne eines Angsterlebens, als auch familienbezogene, also external-kontrollierbare Faktoren beinhaltet.

Angst: int-k (verweigert sich) / ex-k (Eltern lösen unkontrollierbare Angst aus)

Aber auch bei den Eltern setzt sich dieser Konflikt auf der Paarebene fort. Der Vater sieht internal-kontrollierbare Attributionen, die Mutter internal-unkontrollierbare.

Angst: int-u (Angst ohne Auslöser) / int-k (Vermeidung)

Die Eltern bewegen sich im Laufe der Therapie zu familiären Faktoren (ex-k) und dann nach einer Enttäuschung (Medikamenteneinnahme) wieder zurück zu ihren ursprünglichen Attributionen. Es findet ein Fokuswechsel von der Angst zum familiären Konflikt statt.

Armando zeigt eine Tendenz, seine Eltern über die Symptomatik zu binden. Erst im Laufe der Therapie wird der dahinterliegende familiäre Konflikt offenbar, in dem sich Armando durch die Eltern kontrolliert und gemäßregelt fühlt, während die Eltern seine Kompromisslosigkeit kritisieren.

Fam. Konflikte: int-k (ist kompromisslos) / ex-k (unangemessene Anforderungen)

Dieser Wechsel zwischen Kontrollierbarkeit und Unkontrollierbarkeit, der den Fall ausmacht, findet sich auch in den Störungsmodellen des therapeutischen Teams, die zwischen Verweigerung (int-k) und der Berücksichtigung familiärer Faktoren, wie Bindungs- und Beziehungsproblemen, sowie einer unklaren Anforderungshaltung hin- und herschwanken (ex-k).

Armando löst diesen Konflikt, indem er sich forciert ablöst und eine Fremdunterbringung ins Auge fasst. Der Widerspruch zwischen Wunsch nach Bindung und Drang nach Autonomie schlägt sich in dem Oszillieren zwischen internal-kontrollierbaren (will nicht) und internal-unkontrollierbaren (kann nicht) Attributionen, sowie external-kontrollierbaren Attributionen (die Eltern sind daran Schuld) nieder.

Reaktanz ist hier eine Folge der Anforderungshaltung der Eltern und des Teams, die durch internal-kontrollierbare Attributionen (z.B. dass er den Eltern ein schlechtes Gewissen machen will) ausgedrückt wird und zu einer Verweigerung der Reizkonfrontationen führt.

Es scheint insgesamt so zu sein, dass jenseits des Störungsmodells einer unkontrollierbaren Angst, das bei den Eltern und auch bei Armando deutlich wird, ein Konflikt aufbricht, in dem sich alle Beteiligten, auch die Eltern untereinander, beschuldigen, für die Probleme verantwortlich zu sein. Das therapeutische Team nimmt dabei beide Parteien in die Pflicht, in dem es die external-kontrollierbare Seite (Anforderungshaltung, Bindungsaspekte) und die internal-kontrollierbare Seite (Verweigerung) betont. Sowohl Armando, als auch seine Eltern oszillieren zwischen kontrollierbaren und unkontrollierbaren Attributionen.

### Karina

Auch bei Karinas Problematik handelt es sich um eine Angststörung. Sie entwickelt im Therapieverlauf existentielle Attributionen (Rudolph & Steins, 1998) und distanziert sich dann von der Mutter. Der zentrale Konflikt liegt zwischen ihrem Erleben von unkontrollierbarer Panik und den Störungsmodellen des Teams, die die Funktion der Symptomatik für die Familienbeziehungen beleuchten.

Angst: int-u (Panik) / int-k (will binden)
--

Karina nennt auch innerfamiliäre (ex-k) und außerfamiliäre (ex-u) Faktoren die eine Rolle spielen, so z. B. die Konflikte mit dem Vater oder auch die Erinnerung an ein traumatisierendes Erlebnis mit ihrem Exfreund. Diese Ereignisse sind aber ebenfalls aus ihrer Perspektive unkontrollierbar und fördern einen Opferstatus.

Für den Bereich der familiären Konflikte zeigt sich ein Widerspruch zwischen ihrer Sicht, dass der Stiefvater sich zurückzieht und der Sicht der Mutter, dass sie sich ihm gegenüber aus eigenem Antrieb distanziert verhält. Die Mutter selbst ist allerdings diesbezüglich auch ambivalent und äußert z. B., dass der Stiefvater eifersüchtig ist (ex-k).

Fam. Konflikte: int-k (ist gegenüber Stiefvater distanziert) / ex-k (Stiefvater zieht sich zurück)
--

Die internal-kontrollierbare Perspektive der Mutter wird dabei auch durch ihren Ärger transportiert.

Im Therapieverlauf verlagert sich der Fokus auf Konflikte mit der Mutter. Es wird dabei die Ambivalenz von Karina gegenüber der Mutter herausgestellt. Die Mutter allerdings verweigert nach einiger Zeit die Teilnahme an der Therapie und Karina distanziert und verselbstständigt sich. Karina übernimmt zunehmend Verantwortung für sich nachdem ein externes Ereignis, nämlich der Verdacht einer schweren Infektionserkrankung, eingetreten war. Die Attributionen verändern sich im Verlauf von external-kontrollierbar (die Mutter beschuldigen) hin zu internal-kontrollierbar (ich will Distanz). Diese Distanz stellt eine Lösung für die erlebte Ambivalenz zwischen Bindungs- und Autonomiewünschen dar, die sich in dem Attributionskonflikt ausdrückt. Reaktanz entsteht einerseits durch die mit der internal-kontrollierbaren Attribution verbundene Erwartungshaltung aber auch durch die Annahme einer Beeinflussung durch Dritte.

### Katja

Bei Katja liegt der zentrale Konflikt in den Störungsmodellen zwischen ihrer Überzeugung, psychisch krank und hilfsbedürftig zu sein und ihrer immer wieder geäußerten Haltung, alle Hilfen abzulehnen oder zu depotenzieren und der stellenweise geäußerten Überzeugung des Teams, dass Katja ihre Symptomatik willentlich erzeugt.

Kopfschmerzen: int-u (krank, verrückt) / int-k (lehnt alle Hilfen ab)
---

Kopfschmerzen: int-u (krank, verrückt) / int-k (demonstrativ leidend, kokettiert)

Die bei Katja beschriebene Neinsage-Tendenz drückt dabei die andere Seite der Ambivalenz (Wunsch nach Autonomie/ Wunsch nach Bindung) aus.

Im Behandlungsverlauf zeigt sich eine Bewegung von internal-unkontrollierbaren Attributionen (krank) hin zu external-kontrollierbaren Attributionen (Mutter sieht ihre Bedürfnisse nicht) und dann wieder zurück (bin verrückt). Hintergrund dafür war, dass eine Auseinandersetzung mit Katja und ihrer Mutter über die Erfüllung ihrer Bedürfnisse nicht zustande kam bzw. erfolglos verlief.

int-u (z. B. Dissoziation) / ex-k (Bedürfnisse in der Familie werden nicht erfüllt)

Die Veränderung des Konflikts hin zu external-kontrollierbaren Störungsmodellen trägt aber nicht durch und wird anders als in den übrigen Fällen dieser Kategorie durch eine verstärkte Äußerung von internal-unkontrollierbaren Attributionen entschieden, die über eine modifizierte Symptomatik (Suizidalität, Selbstverletzung) auch zu einer weiteren Psychiatisierung führt.

Reaktanz ist über weite Strecken durch Katjas Neinsage Tendenz gegeben, aus der heraus sie alle Hilfen ablehnt. Dies kann damit erklärt werden, dass bei einer von ihr gesehenen Kontrollierbarkeit, aber vorgegebener Unkontrollierbarkeit ihre Verhaltensoptionen durch die internal-kontrollierbaren Störungsmodelle des Teams bedroht sind. Die Ambivalenz in den Attributionen ist sowohl bei den Einzelpersonen als auch zwischen den Personen zu finden.

### Klara

Bei Klara drückt sich der zentrale Konflikt zwischen ihren Äußerungen, dem Zwang ausgeliefert zu sein und den Äußerungen der Eltern und des Teams, den Zwang für ihre Zwecke einzusetzen, aus. Insbesondere bei der Mutter gibt es aber auch eine Ambivalenz, die sich in gleichzeitigen Gefühlen des Mitleids und des Ärgers ausdrückt.

Das Team beleuchtet auch hier die Funktionen, die die Symptomatik für Klara in der Familie hat und identifiziert familiäre Zusammenhänge des Konfliktes von Klara mit ihren Eltern.

Zwang: int-u (Zwang ohne Auslöser) / int-k (Machtausübung)

Fam. Konflikte: int-k (ist stur) / ex-k (Problem zwischen Familienmitgliedern)
--

Klaras Sicht zu den familiären Konflikten oszilliert zwischen internal-kontrollierbaren und unkontrollierbaren Attributionen.

Im Therapieverlauf zeigt sich ein Symptomrückgang nach einem Urlaub der Eltern und vorübergehender Trennung von Klara ohne erkennbare Veränderungen in der Attributionsstruktur. Davor gab es eine Bewegung hin zu familiären Ursachen (external-kontrollierbar), dann aber wieder einen Rückfall in internal-kontrollierbare Attributionen seitens der Eltern.

In Bezug auf die familiären Konflikte sieht der Vater eher internal-unkontrollierbare Attributionen (Charakter von Klara) und die Mutter external-kontrollierbare (Paarkonflikt) Attributionen. Dieser Konflikt kann auch als ein Konflikt um Verantwortung zwischen den Erwachsenen angesehen werden.

Fam. Konflikte: int-u (Charakter) / ex-k (Paarkonflikt)
---

Auch hier gibt es eine Fokusverschiebung und Verlagerung des Konfliktes auf die familiären Auseinandersetzungen, wie in den meisten Fällen dieses Typus. Der Symptomrückgang bei Klara kann durch einen Autonomieprozess erklärt werden, der durch die urlaubsbedingte Trennung von den Eltern möglich geworden ist.

Reaktanz kann durch den Druck der internal-kontrollierbaren Attributionen von Seiten des Teams erzeugt worden sein, die die Verhaltensoptionen, sich symptomatisch zu verhalten, aber auch die damit verbundenen Anforderungen, die andere Verhaltensoptionen einschränken, reduzieren.

### Stella

Bei Stella drückt sich der Kampf um Bindung, es handelt sich ebenfalls wie in den meisten anderen Fällen dieses Typus um eine Angststörung, in einem Widerspruch der Störungsmodelle zwischen einem Erleben von unkontrollierbarer Angst und der vom Team und später auch von den Eltern ausgedrückten Hypothese, dass die Angst eingesetzt ist, aus.

Angst: int-u (unkontrollierbare Angst) / int-k (Angst ist eingesetzt)
---

Im Laufe der Therapie stehen mehr und mehr external-kontrollierbare Attributionen (Loyalitätskonflikt, aber auch Verwöhnung) im Vordergrund, die zu einer verstärkten Anforderung

derungshaltung und damit auch zu mehr internal-kontrollierbaren Attributionen (taktiert, spielt Eltern gegeneinander aus) seitens der therapeutischen Teams führen.

Die Attributionen des Teams waren anfangs auch durch internal-unkontrollierbare und external-kontrollierbare Faktoren gekennzeichnet, sodass der Grundkonflikt auch hier zwischen Kontrollierbarkeit seitens Stella und Unkontrollierbarkeit deutlich wird.

Stella hatte solche Attributionen auch schon zu Anfang gezeigt, in dem sie z.B. geäußert hatte, dass sie sich bei ihrem Vater nicht so richtig sicher fühle. Die Beschuldigung des Vaters hatte die Mutter mit Stella geteilt. Der Vater wird dabei als äußerer Faktor dargestellt, quasi aus der Restfamilie ausgeschlossen und damit als unkontrollierbar dargestellt.

Angst: ex-u (Vater macht Angst) / int-k (Angst ist eingesetzt)
--

Auch in diesem Muster setzt sich der Grundkonflikt zwischen internal-kontrollierbaren Attributionen und Unkontrollierbarkeit fort.

Auch was die familiären Konflikte angeht, hatte ursprünglich die Mutter hier den Vater beschuldigt, Stellas Weigerung ihn zu sehen, durch ein unangemessenes Verhalten verursacht zu haben. Es setzen sich mehr und mehr interaktionale Störungsmodelle durch, die die Eltern zu mehr Kooperation befähigen und die Auffälligkeiten im Licht des Loyalitätskonfliktes betrachten lassen. Insbesondere bei der Mutter werden aber immer wieder Attributionen deutlich, die dem Vater eine wichtige Rolle bei den Konflikten mit Stella zuweisen, die der Vater auch stellenweise übernimmt.

Fam. Konflikte: ex-u (Vater ist Verursacher) / ex-k (Konflikte zwischen den Eltern)
---

Die external-kontrollierbare Perspektive im Sinne eines Loyalitätskonfliktes wird mehr durch das therapeutische Team und Stella vertreten, während die external-unkontrollierbare Perspektive mehr durch die Mutter vertreten wird.

Wie auch in den meisten anderen Fällen dieser Kategorie findet eine Fokusverschiebung hin zu familiären Konflikten statt, die dann auch mit einem Symptommrückgang verbunden ist.

Anfangs gab es in den Äußerungen auch Aspekte des Typus „Beschuldigung eines Außenfeindes“, die aber mit der Akzeptanz der interaktionalen Sicht in den Hintergrund traten.

### Rekapitulation des „Kampfes um Bindung“

In vier Fällen verlagert sich die Auseinandersetzung kurzzeitig auch auf die familiäre Ebene, allerdings mit dem Ausgang eines Rückfalls in die früheren Störungsmodelle. Nur Karina entwickelt über ein existentielles Störungsmodell eine neue Lösung. Bei Katja findet ein Rückschritt in die internal-unkontrollierbaren Attributionen und zurück in die Krankheit statt. Armando entwickelt u. a. ein interaktionales Störungsmodell. Auf der Handlungsebene allerdings distanziert er sich bewusst von seinen Eltern und wünscht eine Fremdunterbringung.

Bei Clara und Karina sorgen externe Ereignisse (Urlaub der Eltern, Hepatitis-Verdacht) für eine Distanzierung und Loslösung. Dies war begleitet von einem Symptommrückgang. Bei beiden spielte eine räumliche Trennung (Urlaub, Umzug zum Freund) eine Rolle. Bei Karina ist dies auch begleitet von einer Willensbekundung (Kontakt, aber nicht zuviel). Es handelt sich um ein Muster bei dem die Bindungsproblematik von der unkontrollierbaren auf die kontrollierbare Ebene verlagert wird (int-k und ex-k), wodurch dann eine Auseinandersetzung mit einer Veränderung der Beziehung stattfinden kann. Bei Armando war ein ähnlicher Prozess zu verzeichnen, ohne dass es jedoch ein spezifisches Ereignis im Sinne eines Wendepunktes gegeben hätte.

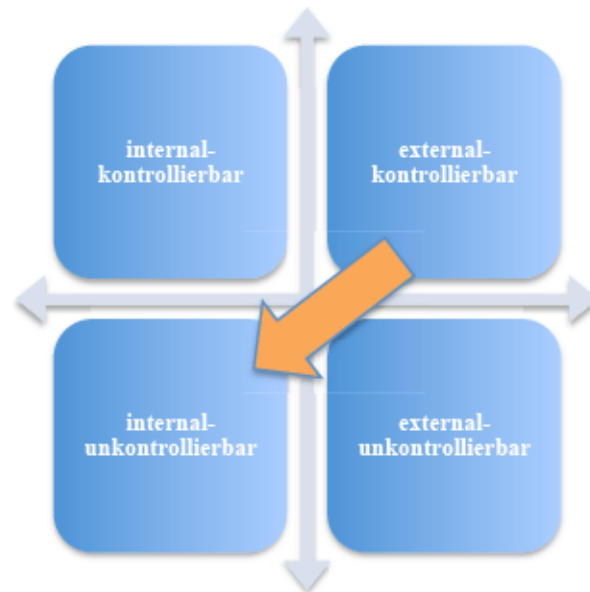
Sowohl bei Karina als auch bei Armando wird der Konflikt durch eine Distanzierung seitens der Jugendlichen gelöst. Reaktanz ist in den Fällen dieses Typus eine Folge der internal-kontrollierbaren Attributionen, die den Verhaltensspielraum, sich symptomatisch zu verhalten einschränken, da sie das Symptom als kontrollierbar ansehen und diese Kontrolle auch einfordern.

Es gibt in den Fällen immer auch eine Ambivalenz zwischen Kontrollierbarkeit und Unkontrollierbarkeit auf Seiten der Patienten, was sich in den Störungsmodellen ausdrückt. Die internal-unkontrollierbaren Attributionen werden häufig nicht explizit ausgedrückt, sondern implizit mit der Angstschilderung, die als unkontrollierbares Ereignis beschrieben wird.

#### ***6.4.4.4 „Kampf um familiäre Verantwortung“***

Gemeinsam ist diesen Fällen, dass familiäre Verantwortung abgelehnt wird, was in der Regel durch einen Elternteil vertreten wird. Bei Simon liegt der Konflikt zwischen den Eltern, bei Ben zwischen Team und Elternteil. Er besteht in einem Widerspruch zwischen internal-unkontrollierbaren und external-kontrollierbaren Attributionen. In beiden Fällen, die diesem Typus zugeordnet wurden, vertritt der hauptsächlich in der Therapie präsente Elternteil die

Haltung, dass die Schwierigkeiten des Kindes aus inneren Gegebenheiten wie z.B. einem Trauma herrühren, das Team aber erzieherische oder emotionale Einflussfaktoren auf Seiten des Elternteils. Dieser lehnt allerdings die aus dieser Hypothese entspringenden Handlungsoptionen ab und begibt sich über die vertretene Hypothese eines durch das Kind unkontrollierbaren inneren Verursachungszusammenhangs in eine Position der Hilflosigkeit. Es handelt sich dabei um einen Konflikt der Erwachsenen. Der Verlauf ist unterschiedlich, je nachdem wie durchgängig die Verantwortungsablehnung ist.



**Abbildung 5: "Kampf um familiäre Verantwortung"**

### Ben

Zu Behandlungsbeginn zeigen sich auf Seiten der Pflegemutter hauptsächlich internal-unkontrollierbare Ursachen in den Störungsmodellen wie z.B. ADHS oder Traumafolgen. Im Laufe der Behandlung entsteht ein Konflikt zwischen dem Team, das external-kontrollierbare Ursachen, wie Überforderung durch neue Pflegekinder annimmt, und dem Störungsmodell der Mutter. Obwohl die Perspektive einer Bindungsproblematik von Ben von der Pflegemutter kurzzeitig aufgenommen wird, trägt dies nicht durch. Im Therapieverlauf gibt es eine Fokusverschiebung bzw. Symptomverschiebung von Wutanfällen und Weinen hin zu Problemen der Morgenroutine. Hier entsteht eine Polarisierung zwischen external-kontrollierbaren Attributionen (Überforderung durch Pflegepraxis der Mutter) und internal-unkontrollierbaren (Traumatisierung) Hypothesen. Dabei ist der Konflikt aber auch zwischen Ben und der Pflegemutter latent vorhanden.



Probleme mit der Morgenroutine: int-u (Trauma) / ex-k (Überforderung durch neue Pflegekinder)

Zwar gibt es einen Symptomrückgang, was die Wutanfälle angeht, aber auch eine neue Symptomatik (Morgenroutine), die allerdings weniger den Lebensalltag von Ben stört. Es handelt sich dabei um den einzigen Fall von Symptomverschiebung. Hinweise auf Reaktanzeffekte bei Ben gibt es zwar nicht, wohl aber bei der Mutter, deren Verhaltensorptionen durch die external-kontrollierbaren Attributionen bedroht werden (neue Pflegekinder aufnehmen). Die Pflegemutter weist jede Verantwortung von sich und setzt ihr herkömmliches Verhalten fort. Sie begründet dies mit einer Traumatisierung von Ben (int-u bzw. teilweise ex-u), durch seine leibliche Mutter.

### Simon

Simons Mutter zeigt schon zu Therapiebeginn Hinweise auf ein Störungsmodell, das external-kontrollierbare Attributionen für die Erklärung der Schulangst von Simon in den Vordergrund stellt (Konflikte mit dem Bruder, mangelndes Vorbild des Vaters). Der Konflikt ist bei Simon eher auf der Ebene zwischen den Eltern anzusiedeln. Der Vater zeigt im Gegensatz zu seiner Frau eher internal-unkontrollierbare Attributionen für das Problem seines Sohnes.

int-u (Parallele zur Psychose) / ex-k (Unterforderung)

int-u (Parallele zur Psychose) / ex-k (mangelndes Vorbild)

Phasenweise aber auch

int-u (Parallele zur Psychose) / ex-k (Überforderung)

Während der Vater keine Verantwortung übernehmen will und eine Parallele zur Psychose eines Verwandten zieht, sieht die Mutter eine starke familiäre Verantwortung, aus der heraus sie Simon mehr fordert und seine Selbständigkeit forciert.

Mit Ausnahme des Vaters gibt es eine hohe Passung der Störungsmodelle bezüglich der Rolle von Familienfaktoren bei der Problematik.

Die zentrale Ambivalenz der Mutter bewegt sich um den Punkt, wieviel Selbständigkeit sie Simon zumuten kann. Hierin steckt ein Konflikt ähnlich dem Typus „Kampf um Bin-

dung“. Anfangs sah sie Simon hilflos seiner Angst ausgeliefert, dann aber hatte sie ihn mehr gefordert.

int-k (Simon kann Selbständigkeit zugetraut werden) / int-u (Simon schafft das nicht)
---

Konfliktpartei ist hier der Vater, der eine periphere Stellung einnimmt und daher den Prozess nicht sehr blockiert.

Im Behandlungsverlauf wird das Störungsmodell der external-kontrollierbaren Attributionen (mehr fordern, mehr Selbständigkeit aber auch Rolle des Vaters) ausdifferenziert.

Reaktanz ist bei Simon nicht zu finden. Es findet ein deutlicher Symptomrückgang statt. Hier spielen auch Dissonanzprozesse eine Rolle.

#### **6.4.4.5 Mischkategorisierungen**

##### Selim

Bei Selim, der Ängste, Zwangssymptome und Schulprobleme zeigt, handelt es sich um eine Mischkategorie zwischen „Kampf um Autonomie“ und „Beschuldigung eines Außenfeindes“. Mit dem „Kampf um Autonomie“ gemeinsam ist ihm der von außen erlebte Druck der internal-unkontrollierbaren Attributionen (Lernbehinderung, Überforderung), der ihm Verhaltensoptionen abspricht. Mit der Kategorie „Beschuldigung eines Außenfeindes“ verbindet Selim die Lösung, die Institution Schule für die erlebten Probleme verantwortlich zu machen. Es gibt in diesem Fall eine Fokussierung auf den Problembereich Schule unter den alle anderen Symptome subsumiert werden (Zwang, Tic, Ängste).

int-u (Lernbehinderung) / ex-k (Symptome durch fehlerhafte Diagnose einer Lernbehinderung)
--

Die Eltern sehen auch internal-kontrollierbare (setzt sich zu hohe Ziele, will auf Realschule) und external-unkontrollierbare Ursachen (muss entsprechend seiner Bedürfnisse beschult werden) sowie external-kontrollierbare Ursachen (Mutter macht sich Vorwürfe, in das Förderschulverfahren eingewilligt zu haben).

Die Kategorisierung der Attributionen ist in diesem Fall besonders schwer, da es sich häufig um Leistungsbeschreibungen handelt, die mit ungerechter Beurteilung (ex-u) oder ungenügender Leistungsfähigkeit (int-u) erklärt werden können.

Bei den Eltern ist auch eine Oszillation zwischen external-kontrollierbaren (muss richtig beschult werden) und external-unkontrollierbaren Attributionen (Lehrer verhalten sich falsch) zu finden.

ex-k (Überforderung) / ex-u (Fehler der Lehrer)

Der Therapieverlauf ist durch eine Entwicklung gekennzeichnet, die am ehesten als „Gesicht wahren“ zu beschreiben ist. Die external-unkontrollierbare Attribution (Lehrer sind Schuld) wird zugunsten einer interaktionalen Attribution verlassen mit internal-unkontrollierbaren Attributionen (Begrenzungen von Simon werden anerkannt), internal-kontrollierbaren (soziale Intelligenz als Ressource) und external-kontrollierbaren (Eltern können ihn entsprechend seiner Stärken platzieren) Attributionen. Auf der Verhaltensebene zeigt sich die gefundene Lösung als Platzierung im Förderzweig einer Waldorfschule.

Reaktanz findet sich hier durch den Druck in die internal-unkontrollierbare Attributions-Kategorie, da Verhaltensoptionen dauerhaft begrenzt werden und eine als hoch attraktiv beschriebene Verhaltensoption (Regelbeschulung) verhindert wird.

Durch den gemeinsamen Kampf von Selim mit den Eltern wird eine starke Hypothese durch soziale Unterstützung transportiert.

### Nick

Bei Nick handelt es sich um eine Mischform, in der Elemente des „Kampfes um Verantwortung“ (Schulprobleme), des „Kampfes um Bindung“ (Schulprobleme) und der „Beschuldigung eines Außenfeindes“ (Beziehung zur Mutter) vorhanden sind. Zusammenfassend könnte man sagen, dass Nick um Autonomie ringt und der Vater die Verantwortung nicht tragen will, also selber Autonomie ablehnt.

Beziehung zur Mutter: ex-k (Mutter ist rigide) / ex-k (Vater hetzt Nick gegen Mutter auf)

Die Einordnung der Attribution als external-kontrollierbar oder unkontrollierbar hängt jeweils von der Perspektive ab, die darüber entscheidet, welcher Elternteil jeweils zum System gehört. Die o. g. Attributionen reflektieren dabei den Trennungskonflikt, in dem sich beide Eltern beschuldigen, für die schlechte Beziehung von Nick zu seiner Mutter verantwortlich zu sein.

Schulprobleme: int-u (Schutzhaltung des Vaters) / ex-k (mangelnde Konsequenz, Streit der Eltern)

Schulprobleme: int-k (ich mache was ich will) / int-u (Schutzhaltung des Vaters)

Die ausgedrückte Schutzhaltung des Vaters transportiert das Modell, dass Nick unkontrollierbare Defizite hat. Dabei zeigt er selber eine gewisse Ambivalenz, in dem er zwischen einer Schutzhaltung und einem Herausstellen familiärer Faktoren schwankt. Diese sind aber bei näherer Betrachtung als Folgen der Auseinandersetzung der Eltern konzipiert und betonen damit auch eher eine Unkontrollierbarkeit der Schulprobleme durch Nick. Nick selber betont eher eine internal-kontrollierbare Sicht bezüglich der Schulprobleme, obwohl er auch phasenweise Lehrern und Mitschülern die Schuld gibt und sich damit ebenfalls ambivalent zeigt:

Schulprobleme: int-k (ich mache was ich will) / ex-u (Lehrer sind schuld)

Diese Perspektive wird kurzzeitig auch vom therapeutischen Team geteilt, das sich damit ebenfalls dieser Ambivalenz anschließt, nachdem es Kooperationsprobleme mit der Schule gegeben hatte.

Während die Schule internal-kontrollierbare und unkontrollierbare Faktoren betont, werden vom therapeutischen Team überwiegend external-kontrollierbare Faktoren in den Störungsmodellen benannt. Aus Sicht von Nick sind diese Faktoren aber unkontrollierbar, so dass dies im Widerspruch zu seinem Streben nach Autonomie steht.

Im Behandlungsverlauf findet eine Polarisierung zwischen der Sicht des Teams und der Mutter auf der einen Seite und der Sicht des Vaters auf der anderen Seite statt.

Schulprobleme: int-k (muss mehr gefordert werden) / int-u (wenn ich zu streng bin, destabilisiere ich Nick)

Eine solche Polarisierung gibt es auch zwischen int-k (ich mache was ich will) / int-u (Schutzhaltung vermittelt geringe Fähigkeit) bei Nick. Nick beginnt sich, in der Tagesklinik zu verweigern und zeigt sich in der Schule wieder auffällig. Beide Probleme bleiben dabei im Blick, eine Fokussierung auf einen Problembereich allein findet hier nicht statt. Die Gemeinsamkeit beider Probleme (Beziehung zur Mutter, Schulprobleme) ist ebenfalls die Polarisierung. Ein Pol ist jeweils mit einem Elternteil besetzt.

So wie auch in den anderen Fällen, in denen der „Kampf um Autonomie“ im Vordergrund steht, ist a priori eine starke Empfänglichkeit für Reaktanz basierte Prozesse vorhanden. Diese zeigt sich in der Totalverweigerung von Nick am Ende der Behandlung und erinnert an Wolfgang. Dabei gibt es auch eine Parallele zwischen Vater und Sohn, da der Vater ebenfalls eine Verweigerung, was Verantwortungsübernahme angeht, zeigt.

#### **6.4.4.6 Die Beziehung der Konflikttypen untereinander**

Es handelt sich bei den Attributionskonstellationen um Kommunikationssysteme mit einer spezifischen Choreographie, teilweise auch mit spezifischen Lösungen.

Zwischen „Kampf um familiäre Verantwortung“ und „Kampf um Bindung“ gibt es eine wichtige Gemeinsamkeit: In beiden gibt es einen Drang zu internal-unkontrollierbaren Attributionen, bei Ben und Simon durch die Eltern oder ein Elternteil, bei Clara, Katja, Armando, Karina und Stella durch die Patienten. Für den Behandlungserfolg könnte ausschlaggebend sein, ob es gelingt, die Besetzung dieser Kategorie zu ändern (wie bei Clara und Karina, bei Armando zeitweise, bei Stella durchgehend).

Die Bewegung hin zu internal-unkontrollierbaren Attributionen beim „Kampf um Bindung“, und auch beim Typus „Kampf um familiäre Verantwortung“ betont Bindungsprozesse. Die dieser Überlegung zugrunde liegende Idee ist, dass in Familien soziale Unterstützung durch die Konfrontation mit unkontrollierbaren Ursachen für gravierende Probleme von Kindern wächst und damit Bindungsprozesse aktiviert werden. Bei Ben und Simon sind die Autoren der internal-unkontrollierbaren Attributionen aber die Erwachsenen, bei Klara, Katja, Armando, Karina und Stella die Jugendlichen. Internal-unkontrollierbare Störungsmodelle könnten dabei mit niedrigem Selbstwertgefühl einhergehen, da sie eine geringe Fähigkeit implizieren (Ben, Simon).

In der Therapie geht es um die Frage, wie ein zuvor unkontrollierbares Verhalten, das mit Hilflosigkeitserleben in Verbindung steht zu einem kontrollierbaren Verhalten wird, das bedeutet der Weg von int-u und ex-u zu int-k und ex-k. Mit Kontrollierbarkeit ist aber auch Verantwortung und Verpflichtung verbunden und die entscheidende Frage ist, wie diese vermittelt und dann auch geteilt wird. Interaktionale Erklärungen legen die Verantwortung in die Hände aller Beteiligten.

Die untersuchten Störungsmodelle verbinden häufig Kategorien von Attributionen miteinander. Dies hat möglicherweise mit einem generellen Modell menschlichen Verhaltens zu tun. Zum Beispiel war im Fall von Selim eine Hypothese, dass er eine Fassade aufrechter-

hält. Hier ist zum einen die internal-unkontrollierbare Kategorie zu finden, d. h. es muss ein Defizit verborgen werden und zum anderen die Art der Auseinandersetzung mit diesem inneren Zustand (internal-kontrollierbar: Fassade erzeugen). Ein Störungsmodell kann gleichzeitig den Gedanken einer internalen und einer externalen Verursachung beinhalten (z.B. Zwang als Hilfe, sich von der Mutter abzugrenzen bei Klara). Klara stellt sich zu den Gegebenheiten und benutzt den Zwang bewusst oder unbewusst als Hilfe. Es wurde generell in der vorliegenden Arbeit versucht, die Kategorie zu wählen, die durch die konkrete Formulierung näher gelegt wird.

Zwar folgern Furnham und Anthony (2010) in einer faktorenanalytischen Untersuchung auf der Basis von Fragebogendaten zu Krankheitsmodellen psychischer Störungen, dass Laientheorien nicht mit dem Diathese-Stress-Modell erklärt werden können, die Störungsmodelle in der vorliegenden Untersuchung hatten aber häufig sowohl externale als auch internale Aspekte. Auch wenn Armando z. B. deutlich macht, dass er am nächsten Tag eher Angst erlebt, wenn er sich am Vortag mit den Eltern gestritten hat, werden beide Aspekte transportiert.

Die klinischen Modelle, die pathologische Entwicklung im Sinne eines Zusammenwirkens äußerer und innerer Ursachen erklären, z. B. das Vulnerabilitätsmodell (Zubin & Spring, 1977), sind zwar keine Abbildungen alltäglicher Attributionen, bieten aber einen Verständnisrahmen für den Zusammenhang von internalen und externalen Faktoren in der Attribution von Verhalten. Sie erklären Pathologie aus einem Zusammenwirken von internalen Ursachen (z.B. Disposition) und externalen Ursachen (Stress). In diesen Modellen wird das Bild transportiert, dass der handelnde Mensch sich seiner Umwelt stellt und die hieraus auf ihn einströmenden Stimuli durch seine eigenen Handlungen gestaltet. Aus dieser Sicht macht eine Kontroverse, ob Handlungen nur internal oder doch auch external zu attribuieren sind, wenig Sinn.

Störungsmodelle des Teams werden in der Regel in einen Zusammenhang mit Entwicklungsaufgaben (Havighurst, 1981) gestellt, die einen generellen Bezugsrahmen für ein Modell menschlichen Verhaltens darstellen.

Auf der Basis früherer Untersuchungen zum Zusammenhang von Attributionen der Kontrollierbarkeit und einem negativen Emotionsausdruck<sup>27</sup> (Barrowclough & Hooley, 2003, zit. nach Weiner, 2006) hebt Weiner (2006) die Rolle dieser Attributionen für negative Emotionen gegenüber einem psychisch kranken Familienmitglied hervor. Er thematisiert dabei die

---

<sup>27</sup> Übersetzung des Begriffs „Expressed Emotion“

Zweischneidigkeit der Attribution eines internal-kontrollierbaren Verhaltens, das einerseits die Möglichkeit impliziert, dass die betreffende Person prinzipiell eine Verhaltensänderung vornehmen kann und andererseits zu Emotionen wie Ärger oder Wut führen kann, die zumindest bei einigen Erkrankungen eine Verschlechterung der Symptomatik oder gar einen Rückfall bewirken können. Anders ausgedrückt, handelt es sich um das Spannungsfeld von Glauben an die Fähigkeit einer Person und Verurteilung dieser Person.

Diese Dynamik kann auch auf die in der vorliegenden Untersuchung erhobenen Attributionen angewandt werden. Je nach dominantem Grundbedürfnis (Bindung, Autonomie oder positive Fähigkeitseinschätzung) wird der Konflikt zwischen den Attributionen in den vier Attributionstypen strukturiert. Im „Kampf um Autonomie“ scheint das Grundbedürfnis der Selbststeuerung eigener Handlungen im Vordergrund zu stehen und stärker zu sein als das Grundbedürfnis nach Bindung, das unter den negativen Emotionen leiden könnte. Die Patienten mit dieser Konfliktstruktur nehmen offensichtlich dieses mit der Attribution der Kontrollierbarkeit verbundene Risiko in Kauf. Gleichzeitig leiden sie ja gerade unter der Tatsache, dass die Erwachsenen zumindest teilweise nicht an die Kontrollierbarkeit ihres Verhaltens glauben.

Die Jugendlichen in der Kategorie „Kampf um Bindung“ scheinen gerade diesem Ärger aus dem Weg gehen zu wollen, vielleicht, weil sie befürchten, dass dieser ihrer Beziehung zu den Eltern gefährdet. Aus diesem Grund scheinen sie viel zu investieren, um Attributionen mangelnder Kontrollierbarkeit aufrechtzuerhalten. Der Preis dafür, das geht aus der Theorie Weiners hervor, das zeigt sich aber auch in den Fallanalysen, sind Selbstwertmängel, mangelnde Fähigkeitseinschätzung und damit verbundener Rückzug aus der Peer-Group.

Wiehe (2006, zit. nach Wiehe, 2013) konnte anhand Inhaltsanalyse und Fallkontrastierung von Äußerungen subjektiver Diabetestheorien von Familien mit einem erkrankten Kind ebenfalls Typen von Krankheitstheorien herausarbeiten, in denen Prozesse von Autonomie und Bindung kennzeichnend waren. Im Fall von „Diabetes als Nabelschnur“ (S. 270) war die bindungsstiftende Funktion der Erkrankung gemeint und im Fall von „Diabetes als Untermieter“ (S. 271) wurde Selbständigkeit und Freiraum des Kindes betont. Es wurden noch vier weitere Typen herausgearbeitet.

Beim „Kampf um familiäre Verantwortung“ liegt dieses Dilemma auf Seiten der Eltern. Sie wehren sich gegen Attributionen, die eine familiäre Kontrolloption beinhalten (external-kontrollierbar), vielleicht auch, da sie negative Emotionen seitens der Fachleute befürchten und heben die Unkontrollierbarkeit der Problematik (internal-unkontrollierbar) her-

vor. Die Kategorie, die dieses Problem um den Preis einer schwierigen Kooperation mit Institutionen am ehesten löst, ist der Typus „Beschuldigung eines Außenfeindes“. Auch in dieser Kategorie geht es eher um die Gestaltung des Verhältnisses zur außerfamiliären Umwelt. Eltern und Kinder schweißen sich hier zu einer Koalition zusammen, betonen die Unkontrollierbarkeit eigener Verhaltensweisen, bzw. deren Fremdsteuerung, und richten ihren gemeinsamen Ärger auf einen Außenfeind (z. B. Lehrerin, Therapeutin oder Heimerzieherin). Dies könnte auch als eine spezifische Strategie mit erwarteten negativen Emotionen seitens Dritter umzugehen, angesehen werden. Darüber hinaus vermeidet diese Kategorie auch individuell negative Fähigkeitseinschätzungen, da das Verhalten ein Gruppenverhalten darstellt. Dabei handelt es sich auch um eine Kontrollstrategie, die die mit der internal-unkontrollierbaren Attribution verbundene Hilflosigkeit abwehrt. Der Preis hierfür ist allerdings eine Kommunikationsstörung mit der außerfamiliären Umwelt und geht mit einer geringen Anpassung an vorgefundene Umstände einher. Dies auch, da ja diese Haltung nicht unwidersprochen bleibt.

Nicht zuletzt aber wirft die Analyse Weiners (2006) auch ein Licht auf den therapeutischen Umgang mit psychischen Erkrankungen. Das therapeutische Team war in der vorliegenden Untersuchung mit der Gradwanderung beschäftigt, die Problemverhaltensweisen aus der Sphäre der Unkontrollierbarkeit hervorzuholen, mit dem Risiko, allerdings auch selber Opfer einer negativen Dynamik in Zusammenhang mit einem negativen Emotionsausdruck<sup>28</sup> zu werden. Es scheint dabei die entscheidende therapeutische Aufgabe zu sein, diesen Prozess so zu gestalten, dass bei der Attribution der Kontrollierbarkeit die positive Fähigkeitseinschätzung und nicht die moralische Beurteilung in Begriffen von Verantwortlichkeit und Schuld im Vordergrund steht.

---

<sup>28</sup> Übersetzung des Begriffs „Expressed Emotion“



## 7 Zusammenfassende Diskussion

Die Grundidee der Voruntersuchung war, erste Hypothesen zur Rolle von Störungsmodellen für die Kommunikationsprozesse in der kinder- und jugendpsychiatrischen teilstationären Behandlung zu generieren. Dabei war weder die subjektive noch objektive Wahrheit der Störungsmodelle Gegenstand der Untersuchung, sondern die kommunikative Bedeutung, die sie im Behandlungsprozess erlangten. Ein Ergebnis der Voruntersuchung war die Hypothese, dass nicht in erster Linie der Inhalt der Störungsmodelle, sondern die Passung zueinander eine Rolle im Kommunikationsprozess spielt. Symptomverhalten wurde dabei als offen für unterschiedliche Sinngebungen aufgefasst. Es wurde in diesem Zusammenhang die Rolle der Passung der Störungsmodelle für soziale Unterstützung, Reduktion der Komplexität im Sinne von Ordner-Strukturen, so wie sie die Systemtheorie annimmt (Tschacher, 1997) sowie für einen konstruktiveren Kommunikationsprozess in den Blick genommen. Darüber hinaus wurden auch psychologische Konstrukte wie Reaktanz, Bindung und existentielle Attribution in die Analyse mit einbezogen.

In der Hauptuntersuchung wurde auf der Basis von 14 Fallanalysen, die als Paarvergleiche vorgenommen wurden, die Rolle der Störungsmodelle in der psychiatrischen Kommunikation weiter untersucht. Dabei wurden neben den in der Voruntersuchung verwendeten Konstrukten, die Daten auch anhand weiterer sozialpsychologischer Theorien, wie der Hypothesentheorie der Wahrnehmung, attributionalen - und Attributionsansätzen, der Dissonanztheorie, der Reaktanztheorie und der Theorie sozialer Vergleichsprozesse untersucht. Allgemeinpsychologische Konstrukte, die in die Analyse mit eingeflossen sind, waren die Frage nach Handlungsfreiräumen, die durch die Störungsmodelle impliziert wurden, die Frage der Einheitlichkeit der Störungsmodelle pro Person (Oszillation), die Implikationen der Störungsmodelle für eine Kooperation der Beteiligten und die Frage des Ausmaßes einer interaktionalen Sicht in den Störungsmodellen.

Zentrales Ergebnis war dabei, dass die attributionstheoretischen Begriffe und deren Differenzierung in der attributionalen Theorie von Weiner (2006), am besten für eine Analyse der Daten geeignet waren. Dies lag zum einen daran, dass diese Theorien am nächsten an dem Untersuchungsgegenstand, nämlich an im weitesten Sinne kausalen Hypothesen zu menschlichem Verhalten waren, zum anderen daran, dass die Daten qualitative Daten waren, die eher post-hoc Analysen z.B. zur Hypothesentheorie ermöglichten und damit nur sehr spekulative Schlüsse zu den übrigen sozialpsychologischen Konstrukten ermöglichten. Am fruchtbarsten

erwiesen sich neben der Attributionstheorie noch die Theorie der psychologischen Reaktanz zur Analyse der Daten.

Die Hypothese der Voruntersuchung, dass strukturelle und nicht inhaltliche Merkmale der Störungsmodelle eine wichtige Rolle im psychiatrischen Kommunikationsprozess spielen, konnte teilweise bestätigt werden. Dies aber nicht wie ursprünglich angenommen als Passungsaspekt, sondern als Aspekt der Komplementarität. Es wurden vier spezifische Typen attributionaler Konstellationen identifiziert, die z.T. eine spezifische zeitliche Dynamik beinhalteten, und den Therapieprozess strukturierten. Neben dieser formalen Dimension war aber auch ihre inhaltliche Dimension von Bedeutung, da sie Aufschlüsse über Reaktanz fördernde Eigenschaften der jeweiligen Attributionen dadurch gab, dass sie Handlungsoptionen der Beteiligten mehr oder weniger einschränkten. Auch Bindungs- und Autonomieprozesse waren inhaltliche Aspekte, die in der Analyse von Bedeutung waren. Diese wurden in einen Zusammenhang mit der Theorie der Entwicklungsaufgaben gestellt (Havighurst, 1981), die einen normativen Rahmen für die Analyse bereitstellte. Die vier identifizierten Konflikttypen konnten gut die angefallenen qualitativen Daten aufnehmen, sodass 12 der 14 Fälle klar einem Typus zugeordnet werden konnten.

## **7.1 Systemtheoretische Perspektive**

Die von Weiner (2006) als bedeutsam angesehenen Attributionsdimensionen der Kontrollierbarkeit und Internalität wurden auch in der vorliegenden Arbeit verwendet, gleichzeitig aber auch erweitert. Während Weiner keine Aufspaltung der externalen Attributionen in kontrollierbar und unkontrollierbar vorsah, erwies sich eine solche Erweiterung für die Analyse der Störungsmodelle als fruchtbar. Betrachtet man die daraus entstehenden vier Attributionskategorien aus systemtheoretischer Sicht, so ergibt sich eine Passung der Kategorien mit den verschiedenen Systemebenen (Willke, 2006). Dabei berühren die internal-kontrollierbaren Attributionen die Ebene des psychischen Systems, die internal-unkontrollierbaren Attributionen die körperliche Systemebene, deren überwiegende Unkontrollierbarkeit in der Systemtheorie mit dem Gedanken von System und Umwelt gefasst wird (Willke, 2006). Für die Psyche ist der Körper Systemumwelt und damit kein direkter Zugriff auf körperliche Prozesse möglich. Die verschiedenen Systemebenen sind jeweils füreinander Umwelten und damit nur indirekt zugänglich. Dies folgt aus dem Autopoesiekonzept, welches besagt, dass ein System die Elemente, aus denen es besteht, durch die Elemente erzeugt, aus denen es besteht (Willke, 2006). Daraus folgt eine operative Geschlossenheit des Systems, die darin zum Ausdruck

kommt, dass z.B. ein Gedanke im psychischen System unmittelbar nur an einen anderen Gedanken anschließen kann. Ebenso verhält es sich mit Kommunikationen im sozialen System. Aus dieser Konzeption folgt, dass es keine direkte Verbindung zwischen unterschiedlichen Systemebenen gibt. Das System selbst kann nicht mit den Elementen seiner Umwelt interagieren, sondern nur durch diese „verstört“ werden. Überträgt man diese Überlegungen auf die Attributionskategorie internal-unkontrollierbar, so erklärt sich gerade die Unkontrollierbarkeit durch die Zugehörigkeit zur Systemumwelt, die Gegenstand dieser Attribution ist und da es sich um eine interne Attribution handelt, am ehesten zum System „Körper“ passt. Übersetzt in die Systemtheorie hieße das, dass das System „Psyche“ nicht direkt mit dem System „Körper“ interagieren kann, sondern diese Systeme sich gegenseitig nur „verstören“ können, also füreinander nicht direkt kontrollierbar sind (Willke, 2006). Die external-kontrollierbare Attribution berührt die Systemebene „Familie“, die als Ganze auch Gegenstand therapeutischer Bemühungen ist, und der damit Kontrolle zugesprochen wird. Die external-unkontrollierbare Attribution hingegen berührt Systemebenen, die in der Therapie nicht oder nur unzureichend zugänglich sind (zumindest z.T. die Institution Schule, der Sportverein, oder die gesellschaftliche Subgruppe, zu der die Familie gehört). Die Identifikation der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Systemebene macht auch aus Sicht der Akteurinnen Sinn, da sie letztendlich darüber entscheidet, ob es vernünftig ist, mit ihr gezielt zu interagieren, bzw. eine Kontrolle auf sie auszuüben. Wenn es sich um eine Systemumwelt handelt, ist ein Kontrollversuch wie z.B. im Fall von Auffälligkeiten bei Kindern durch die Eltern zumindest aus systemtheoretischer Sicht nur eingeschränkt wirksam oder müsste spezifisch ausgestaltet werden. Es macht einen Unterschied, ob ein Elternteil den exzessiven, durch diesen nicht begrenzten Computerkonsum seines Kindes als Ursache für dessen Verhaltensstörung identifiziert (external-kontrollierbar) oder ein komplexes Mobbinggeschehen in der Klasse (external-unkontrollierbar). Dieser Zusammenhang wird in der Systemtheorie auch durch die Begriffe Instruierbarkeit und Verstörung abgebildet (Simon, 1999).

Die mit der Attributionsforschung berührte Frage, wie Menschen Handlungen von anderen und auch eigene Handlungen erklären, berührt das grundsätzliche Verhältnis von Innen- zur Außenwelt oder anders ausgedrückt von Systeminneren und Systemumwelt. Die Systemtheorie legt nahe, dass es keine direkte Einflussmöglichkeit von der Systemumwelt auf die Systeminnenwelt gibt (Simon, 1999). Die Attributionsforschung untersucht nun genau die Reflexion dieses Prozesses im Beurteiler, der die Aufgabe hat, das Zusammenwirken von Systeminnen- und außenwelt zu bewerten. Die jeweilige Konfliktstruktur (z.B. Kampf um

Bindung...) reflektiert die Auseinandersetzung um ein spezifisches Modell dieses Zusammenwirkens für einen konkreten Handlungsbereich. Im Gegensatz zu Malle (2011) wird hier davon ausgegangen, dass die Dimension Externalität ein wichtiges Element in dieser Modellbildung ist, da sie das Verhältnis von Systeminneren zur Systemumwelt berührt.

Die aus der Untersuchung gefolgerte Erkenntnis, dass die Konfliktstruktur der Attributionen, also eine spezifische Kombination aus den vier Attributionskategorien, für eine Typisierung geeignet ist, dabei aber nicht entscheidend ist, wer welche Position vertritt, noch ob der Konflikt sich innerhalb (Oszillation) oder zwischen den Personen (z.B. Polarisierung) zeigt, zeigt eine Übereinstimmung zu dem Gedanken der soziologischen Systemtheorie, die ein soziales System nicht als eine Gruppe von Personen, sondern als eine Menge von Interaktionen oder Kommunikationen konzeptualisiert (Luhmann, 1984). Die Attributionen sind aus dieser theoretischen Perspektive Elemente eines Kommunikationssystems, in dem die Elemente interagieren, hier durch die vier identifizierten Typen charakteristischer Attributionsmuster vertreten. Welcher Person oder welchen Personen die Kommunikationen zugeordnet werden, spielt dabei keine entscheidende Rolle. Die Dynamik des Systems und Veränderung im Zeitverlauf entsteht nicht durch die Personen an sich, sondern durch die Eigendynamik der Kommunikationsmuster, denen die Personen sich unterordnen. Dieser Zusammenhang wird in der Synergetik auch als Versklavung im Sinne eines Top-down Einflusses bezeichnet (Schneewind & Schmidt, 2002). Die Synergetik hat sich insbesondere mit der Modellierung dynamischer Systeme beschäftigt. In der Theorie dynamischer Systeme werden Krankheiten, auch psychische Krankheiten als eine vom System Körper oder Psyche selbstverursachte, spontane Dynamik aufgefasst (Tschacher, 1997). Krankheit wird nicht als eine Eigenschaft des Systems, sondern als ein selbstinitiiertes Verhalten und damit als eine andere Form des Funktionierens angesehen. Auch in der vorliegenden Untersuchung zeigen sich Interaktionsmuster von Systemelementen (hier Kommunikationen), die eine charakteristische Dynamik aufweisen und zumindest z.T. auch mit bestimmten Erkrankungen (z. B. Angststörungen beim Typus „Kampf um Bindung“) in Zusammenhang gebracht werden können.

In der Synergetik wird die Entwicklung von Systemen als ein Übergang von einem Systemzustand in einen anderen angesehen, der durch Attraktoren, also ordnende Strukturen eine neue Ordnung entstehen lässt (Tschacher, 1997). Dieser Vorgang wird als Emergenz bezeichnet und als ein bereichsübergreifender, universeller Prozess angesehen. Kriz (2010) stellt eine Parallele dieser auch Phasenübergänge genannten Entwicklungen zu dem Konzept der Entwicklungsaufgaben her (Havighurst, 1981). Die vier Typen attributionaler Kommuni-

kation, die in der vorliegenden Untersuchung identifiziert wurden, können als Ausschnitte aus solchen Phasenübergängen, die durch ein Muster kritischer Instabilität gekennzeichnet sind, angesehen werden. Solche Phasenübergänge können aber nicht nur zu aus therapeutischer Sicht positiven, sondern auch zu negativen Veränderungen (Schneewind & Schmidt, 2002) führen, wie dies z.B. bei Katja der Fall war.

Die Tendenz der Generalisierung bzw. Fokusverschiebung auf nur einen Problembereich, um den sich im weiteren Behandlungsverlauf alle Kommunikationen bewegen, wie es in der überwiegenden Zahl der Fälle beobachtet wurde, kann als Ergebnis der Wirkung eines Sinnattraktors (Kriz, 2010), also einer ordnenden, sinngebenden Struktur angesehen werden, die den Kommunikationsprozess „versklavt“. Auch Attributionen können als solche Sinnattraktoren angesehen werden. Die in einem Typus abgebildete Ordnung kann als ein Ergebnis eines zirkulären Prozesses von Bottom-up und Top-down Einflüssen (Schneewind & Schmidt, 2002) angesehen werden, der eine Reduktion der Komplexität im Sinne einer Selektion aus der Menge der möglichen Kommunikationen bewirkt.

## **7.2 Überschneidungen mit anderen theoretischen Konzepten**

Wie in der Alltagskonzept-Theorie der Erklärung von Verhalten (Malle, 2011) ist auch in der vorliegenden Untersuchung die Kategorie der internal-kontrollierbaren Attributionen nah bei intentionalem Verhalten anzusiedeln, das in dem Ansatz von Malle differenzierter betrachtet wird. Allerdings ist die Kategorie des nicht-intentionalen Verhaltens bei der Analyse von Störungsmodellen in der kinder- u. jugendpsychiatrischen Behandlung von entscheidender Bedeutung, da die meisten Störungsmodelle sich im Fall von Krankheit auf nicht-intentionales Verhalten beziehen. Für dieses Verhalten wird eine Suche nach Erklärungen gestartet und Kontextbedingungen analysiert. Diese beziehen sich auf die Systemumgebung, die intentionalen Faktoren auf das Systeminnere. Entscheidend ist dabei der Themen- oder Handlungsbereich, für den Erklärungen gesucht werden. Bei Malle ist der Bereich durch Alltagsereignisse bestimmt, in der vorliegenden Untersuchung aber durch besondere Situationen im Rahmen von psychischen Erkrankungen von Kindern. Der Folgerung von Malle (2011), dass nicht-intentionales Verhalten durch mechanische Kausalfaktoren erklärt wird, widersprechen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, die genauso wie auch Malle einen nicht-experimentellen Ansatz verfolgte und damit auch Modelle alltäglicher Attributionen, allerdings bezogen auf den Bereich der therapeutischen Kommunikation, abbildet. Eine mögliche

Erklärung dafür wäre eine gewisse Spezifität spontan geäußerter Erklärungen für den jeweils untersuchten Gegenstandsbereich.

Wie in der Selbstbestimmungstheorie von Ryan und Deci (2000) werden Autonomie und Bezogenheit auch in den Attributionen, die sich in den störungsmodellrelevanten Äußerungen in der vorliegenden Untersuchung fanden, berücksichtigt. In der Selbstbestimmungstheorie sind es neben wahrgenommener Kompetenz gerade diese Faktoren, die mit einer integrierten Regulation, in der das Verhalten in Kongruenz mit eigenen Werten und Bedürfnissen erlebt wird, in Verbindung gebracht werden. Da die Erfüllung dieser Grundbedürfnisse eine Voraussetzung einer Handlungssteuerung ist, die in der Theorie auch mit psychischer Gesundheit und Wohlergehen in Verbindung gebracht wird, dürfte die Abbildung dieser Grundbedürfnisse in spontanen Erklärungen abweichenden Verhaltens eine Rolle für entsprechende Korrekturprozesse spielen. Möglicherweise spiegelt sich darin eine gewisse Intuition der Handelnden wieder, dass über die Erfüllung dieser Bedürfnisse Lösungen für die Probleme ihrer Kinder generiert werden könnten. Dazu passt auch, dass die Begriffe Bindung und Autonomie sich als sehr fruchtbar für die Analyse der Störungsmodelle der Beteiligten erwiesen haben.

In den Störungsmodellen der Beteiligten werden auch Aspekte deutlich, die schon in den Untersuchungen zu Krankheitsvorstellungen bzw. Lagentheorien herausgearbeitet worden waren. In dem Modell von Leventhal (Leventhal et al., 2012), das allerdings eher von somatischen Erkrankungen ausgeht, sind die Merkmale der Gründe für die Erkrankung, der antizipierten und erfahrenen Konsequenzen und der Kontrolle auch für die hier untersuchten Störungsmodelle relevant. Die Ursachen für die Erkrankung, wie z. B. external und internal und auch die Kontrolle werden in dem hier verwendeten Modell, das sich gerade aus den Dimensionen Internalität / Externalität und Kontrolle zusammensetzt abgebildet. Die Konsequenzen der Erkrankung sind dabei nicht klar von den Ursachen zu trennen, da es sich um Regelkreise handelt, in denen die Konsequenzen eine Rückwirkung auf die Symptomatik haben. In dem hier verwendeten heuristischen Modell ist gerade eine solche Rückwirkung von Störungsmodellen auf die Symptomatik ein zentraler Bestandteil. Möglicherweise ist es der Besonderheit psychischer Erkrankungen zu schulden, dass die von Leventhal (Leventhal et al., 2012) auch genannten Faktoren der Identität der Erkrankung und des zeitlichen Verlaufs kaum Bestandteile der hier analysierten Störungsmodelle waren. Die Befunde von Goldbeck und Bundschuh (2007), dass es sich bei krankheitsbezogenen Attributionen um multidimensionale

Konzepte handelt, konnten hier zumindest für 2 Dimensionen ebenfalls bestätigt werden (Kontrolle, Internalität / Externalität).

## 8 Ausblick

Es wurden in der vorliegenden Arbeit zwei Untersuchungsschritte durchgeführt. In der Voruntersuchung wurden Hypothesen zur Interaktion von Störungsmodellen generiert, eine Methode zur Kodierung von Störungsmodellen in Therapieprotokolle erprobt und ein heuristisches Rahmenmodell (S. 63) entwickelt, dass den weiteren Untersuchungsverlauf strukturieren sollte. Nach diesem rein induktiven Schritt wurden in der Hauptuntersuchung anhand erprobter sozialpsychologischer Konstrukte deduktiv die Daten aufgeschlüsselt und eine Typenbildung zur Interaktion von Störungsmodellen vorgenommen. Das insgesamt qualitative Vorgehen hat dabei den Vorteil, die in den Daten vorhandenen Muster aus einer Informationsfülle, die in Therapieprotokollen anfällt, ohne Rückgriff auf eine Vorstrukturierung in der Datenerhebung, herausarbeiten zu können. Dabei stellt sich die Frage, wie valide die entwickelten vier Typen (S. 254) für andere Stichproben sind. Es muss in dem Zusammenhang auch berücksichtigt werden, dass zwar die Fallzahl im Rahmen einer qualitativen Untersuchung die Bildung gesättigter Typen ermöglicht, mit 14 Fällen aber trotzdem anfällig für spezifische Merkmale der Stichprobe sein könnte.

Daraus ergibt sich als nächster Untersuchungsschritt eine quantitative Evaluation der entwickelten Konflikttypen. Dies könnte anhand einer Fragebogenstudie mit ausreichender Fallzahl (z.B.  $n=100$ ) durchgeführt werden, in der zu zwei Messzeitpunkten die Konflikttypen aus verschiedenen Beobachtungsperspektiven erhoben werden (Patienten, Eltern, Therapeuten...), dies mit der Prämisse, dass der Fall nicht die Patientin, sondern das ganze Kommunikationssystem, das in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung entsteht, ist.

Die in der vorliegenden Untersuchung gebildeten Typen haben dabei nicht nur einen grundlagenwissenschaftlichen Aspekt, sondern führen auch zu der Frage, wie valide sie für die Beschreibung von Kommunikationsprozessen mit dem Fokus auf Störungsmodelle, insbesondere im Hinblick den Erfolg einer teilstationären Therapie sind. In einer Fragebogenstudie bietet es sich daher an, neben den Konflikttypen auch Maße zur Effektivität der Behandlung und zur Zufriedenheit der Beteiligten mit der Behandlung zu erheben und diese mit den Konflikttypen in Zusammenhang zu bringen. Dabei stellt sich auch die Frage, inwieweit Konflikttypen eine Vorhersage über Behandlungsprobleme ermöglichen, was dann in den Behandlungsprozess aufgenommen werden könnte. Eine Frage könnte z. B. sein: „Wie kann therapeutisch mit dem Konflikttyp „Beschuldigung eines Außenfeindes“ umgegangen werden? Würden die Behandlungen bei Vorliegen eines solchen Konflikttyps von einem speziellen



Umgang profitieren? Könnte eine Aufklärung der Beteiligten über den Konflikttyp relativ früh in der Behandlung einer ungünstigen Kommunikationsdynamik vorbeugen?

Eine weitere Frage ist aber auch, ob es eine Spezifität der Konflikttypen für bestimmte Symptomatiken gibt. Dafür gab es besonders beim „Kampf um Bindung“ Anhaltspunkte (S. 260). Dabei würde sich anbieten, in einer Fragebogenstudie auch Maße zu Symptomen, z.B. mit der Child Behavior Checklist (Arbeitsgruppe-Deutsche-Child-Behavior-Checklist, 1993) oder der Symptomcheckliste (Franke, 2014) zu erheben.

Anhand einer solchen multiperspektivischen Fragebogenstudie könnte auch das heuristische Rahmenmodell (S. 63) in seiner Gültigkeit überprüft werden. Dabei stellt sich die Frage, ob sich die multiperspektivische Betrachtung einer Behandlung jenseits von individuellen Merkmalen bewährt. Noch interessanter könnte aber die Frage lauten: „Kann man mit einem Vorgehen, das auf die Beurteilung von Kommunikationen anhand externer Entitäten, wie z.B. *Wahrheit*, *Anpassungsgrad* oder *Gesundheit* verzichtet, zu Aussagen kommen, die in einem explizit nach externen Entitäten strukturierten Bereich wie dem Gesundheitssystem, gültig sind?“

## Literaturverzeichnis

- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. & Alloy, L.B. (1993). Hopelessness. In C.G. Costello (Hrsg.), *Symptoms of depression* (S. 181-205). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Abramson, L., Seligman, M.E. & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87 (1), 49-74.
- Abramson, L.Y., Alloy, L.B. & Metalsky, G.I. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96 (2), 358-372.
- Andersen, T., Katz, A. & Pries, H. (1996). *Das reflektierende Team : Dialoge und Dialoge über die Dialoge* (4. Aufl.). Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Andrade, B.F., Waschbusch, D.A., Doucet, A., King, S., MacKinnon, M., McGrath, P.J. et al. (2012). Social information processing of positive and negative hypothetical events in children with ADHD and conduct problems and controls. *Journal of Attention Disorders*, 16 (6), 491-504.
- Arbeitsgruppe-Deutsche-Child-Behavior-Checklist. (1993). *CBCL/4-18. Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Axsom, D. (1989). Cognitive dissonance and behavior change in psychotherapy. *Journal of experimental social psychology*, 25 (3), 234-252.
- Axsom, D. & Cooper, J. (1985). Cognitive dissonance and psychotherapy: The role of effort justification in inducing weight loss. *Journal of experimental social psychology*, 21 (2), 149-160.

- Baden, A.D. & Howe, G.W. (1992). Mothers' attributions and expectancies regarding their conduct-disordered children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 467-486.
- Barrowclough, C., Johnston, M. & Tarrier, N. (1994). Attributions, expressed emotion, and patient relapse: An attributional model of relatives' response to schizophrenic illness. *Behavior Therapy*, 25 (1), 67-88.
- Barrowclough, C. & Hooley, J.M. (2003). Attributions and expressed emotion- A review. *Clinical Psychology Review*, 23 (6), 849.
- Bermejo, I. Kriston, L., Muthny, F.A. (2012). Lay theories toward cancer and myocardial infarction: A trans-cultural comparison of Germans and Spaniards. *Journal of Health Psychology*, 17 (1), 77-86.
- Bibace, R. & Walsh, M.E. (1979). Developmental stages in children's conceptions of illness. In G. Stone, F. Cohen & N. Adler (Hrsg.), *Health Psychology* (258-301). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bohnsack, R. (2008). *Rekonstruktive Sozialforschung* (7. Aufl.). Opladen u.a.: Budrich.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer-Medizin-Verlag.
- Bowlby, J. (2006). *Bindung*. Muenchen: Reinhardt.
- Brehm, J.W. & Rosen, E. (1971). Attractiveness of old alternatives when a new attractive alternative is introduced. *Journal of Personality and Social Psychology*, 20 (3), 261-266.
- Brehm, J.W. & Cohen, A.R. (1962). *Explorations in cognitive dissonance*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons.

- Brehm, S.S. & Brehm, J.W. (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. New York: Academic.
- Brehm, J.W. (2007). A brief history of dissonance theory. *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1), 381-391.
- Brehm, S.S. (1976). *The application of social psychology to clinical practice*. Washington; New York: Hemisphere Pub. Corp.
- Brown, J.H. (2001). Youth, drugs, and resilience education. *Journal of Drug Education*, 31, 83-122.
- Bruner, J.S. (1951). Personality dynamics and the process of perceiving. In R.R. Blake & G.V. Ramsey (Hrsg.), *Perception, an approach to personality* (S. 121-147). New York, US: Ronald Press Company.
- Bugental, D.B. & Shennum, W.A. (1984). 'Difficult' children as elicitors and targets of adult communication patterns. An attributional-behavioral transactional analysis. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 49 (1), 1-76.
- Bugental, D.B. (1993). Communication in abusive relationships - Cognitive constructions of interpersonal power. *American Behavioral Scientist*, 36 (3), 288-308.
- Buunk, B.P. & Ybema, J.F. (2003). Feeling bad, but satisfied: The effects of upward and downward comparison upon mood and marital satisfaction. *The British Journal of Social Psychology*, 42 (4), 613-628.
- Chan, S.M. (2012). Early adolescent depressive mood: Direct and indirect effects of attributional styles and coping. *Child psychiatry & human development*, 43 (3), 455-470.

- Cooper, J. (1980). Reducing fears and increasing assertiveness: The role of dissonance reduction. *Journal of Experimental Social Psychology*, 16 (3), 199-213.
- Corcoran, J. & Ivery, J. (2004). Parent and child attributions for child behavior: Distinguishing factors for engagement and outcome. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 85 (1), 101-106.
- Craig, T.K., Cox, A.D. & Klein, K. (2002). Intergenerational transmission of somatization behaviour - a study of chronic somatizers and their children. *Psychological medicine : a journal for research in psychiatry and the allied science*, 2002 (5), 805-816.
- Dickenberger, D., Gniech, G. & Grabitz, H. (1993). Die Theorie der psychologischen Reaktanz. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie. Band 1: Kognitive Theorien* (243-273). Bern: Huber.
- Dilling, H., Schulte-Markwort, E. & World Health Organization. (2014). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien* (9 Aufl., unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2014). Bern: Huber.
- Dodge, K.A., Pettit, G.S., McClasky, C.L. & Brown, M.M. (1986). Social competence in children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 51, 1-85.
- Driscoll, R., Davis, K.E. & Lipetz, M.E. (1972). Parental interference and romantic love: The Romeo and Juliet effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24 (1), 1-10.
- Eiser, C. (1990). Vorstellungen über Körperfunktionen und Krankheit bei Kindern. In I. Seiffge-Krenke (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen* (25-37). Berlin: Springer.

- Eiser, C. (1989). Children's concepts of illness: Towards an alternative to the 'stage' approach. *Psychol. Health*, 3, 93-101.
- Faller, H. (1990). *Subjektive Krankheitstheorie und Krankheitsverarbeitung bei Herzinfarkt-rehabilitanden*. Frankfurt a. M.: Lang.
- Faltermeier, T. & Brütt, A.L. (2013). Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen: Bedeutung für Forschung und Praxis. In H. Hoefert & E. Brähler (Hrsg.), *Krankheitsvorstellungen von Patienten. Herausforderung für Medizin und Psychotherapie* (S. 59-72). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Festinger, L. & Carlsmith, J.M. (1959). Cognitive consequences of forced compliance. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58 (2), 203-210.
- Festinger, L., Gerard, H.B., Hymovitch, B., Kelley, H.H. & Raven, B. (1952). The influence process in the presence of extreme deviates. *Human Relations*, 5, 327-346.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
- Fiedler, P. (2003). Persönlichkeitsstörungen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie. Modelle psychischer Störungen* (275-302). Göttingen: Hogrefe.
- Filipp, S. (1990). Subjektive Theorien als Forschungsgegenstand: Forschungsprogrammatische und ideengeschichtliche Aspekte. In R. Schwarze (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (247-262). Göttingen: Hogrefe.

- Fincham, F.D. & Bradbury, T.N. (1993). Marital satisfaction, depression, and attributions: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64 (3), 442-452.
- Fischer, P. & Greitemeyer, T. (2010). A new look at selective-exposure effects: An integrative model. *Current Directions in Psychological Science*, 19 (6), 384-389.
- Flick, U. (1998). Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. In U. Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (7-30). Weinheim: Juventa.
- Försterling, F. (1986). *Attributionstheorie in der Klinischen Psychologie*. München; Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Franke, G. (2014). *SCL-90®-S, Symptom-Checklist-90®-Standard*. Hogrefe: Göttingen.
- Frey, D., Dauenhimer, D., Pargé, O. & Haisch, J. (1993). Die Theorie sozialer Vergleichsprozesse. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie. Band 1: Kognitive Theorien* (2. Aufl., 81-122). Bern: Huber.
- Frey, D. & Gaska, A. (1993). Die Theorie der kognitiven Dissonanz. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie. Band 1: Kognitive Theorien* (2. Aufl., 275-324). Bern: Huber.
- Frey, D. (1993; 2002). *Theorien der Sozialpsychologie. Band 1: Kognitive Theorien* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Furnham, A. & Buck, C. (2003). A comparison of lay-beliefs about autism and obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 49, 287-307.

- Furnham, A., Daoud, Y. & Swami, V. (2009). 'How to spot a psychopath': Lay theories of psychopathy. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 44, 464-472 .
- Furnham, A. & Rees, J. (1988). Lay theories of schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 34, 212-220.
- Furnham, A. & Anthony, E. (2010). Lay theories of bipolar disorder: The causes, manifestations and cures for perceived bipolar disorder. *International Journal of Social Psychiatry* 56 (3), 255-269.
- Furnham, A., Kirkcaldy, B. & Siefen, G. (2013). Subjektive Konzepte von psychischer und psychosomatischer Gesundheit - aus der Perspektive englischsprachiger Literatur. In H. Hoefert & E. Brähler (Hrsg.), *Krankheitsvorstellungen von Patienten. Herausforderung für Medizin und Psychotherapie* (161-180). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Gibbons, F.X., Gerrard, M. & Pomery, E.A. (2004). Risk and reactance: Applying social-psychological theory to the study of health behavior. In R.A. Wright, J. Greenberg & S.S. Brehm (Hrsg.), *Building on Jack Brehm's contributions to psychology* (149-166). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum.
- Goldbeck, L. & Bundschuh, S. (2007). Subjektive Krankheitstheorien bei Kindern und Jugendlichen mit Somatoformen Störungen oder Asthma Bronchiale und ihren Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, (1), 3-19.
- Goldberg, D. (1992). The management of medical outpatients with non-organic disorders: The reattribution model. In F. Creed, R. Mayou & A. Hopkins (Hrsg.), *Medical symptoms not explained by organic disease*. London: Royal College of Psychiatrists.



- Goldberg, D., Gask, L. & O'Dowd, T. (1989). The treatment of somatization: Teaching techniques of reattribution. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 689-695.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greitemeyer, T., Fischer, P. & Kastenmüller, A. (2012). The effects of social exclusion on confirmatory information processing. *European Journal of Social Psychology*, 42 (4), 462-469.
- Grolnick, W.S. & Ryan, R.M. (1989). Parent styles associated with children's self-regulation and competence in school. *Journal of Educational Psychology*, 81 (2), 143-154.
- Grotevant, H.D. & Cooper, C.R. (1985). Patterns of interaction in family relationships and the development of identity exploration in adolescence. *Child Development*, 56 (2), 415-428.
- Hansagi, H., Brandt, L. & Andreasson, S. (2000). Parental divorce: Psychosocial well-being, mental health and mortality during youth and young adulthood - A longitudinal study of Swedish conscripts. *European Journal of Public Health*, 10 (2), 86-92.
- Havighurst, R.J. (1981). *Developmental tasks and education*. New York: Longman.
- Heider, F. (1944). Social perception and phenomenal causality. *Psychological Review*, 51, 358-374.
- Hildenbrand, B. (2005). *Fallrekonstruktive Familienforschung: Anleitungen für die Praxis*. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hokoda, A. & Fincham, F.D. (1995). Origins of children's helpless and mastery achievement patterns in the family. *The Journal of Educational Psychology*, 87 (3), 375-385.

- Jones, E.E. & Davis, K.E. (1965). From acts to dispositions: The attribution process in person perception. *Advances in experimental social psychology*, 2 (4), 219-266.
- Jones, E.E. & Nisbett, R.E. (1971). *The actor and the observer: Divergent perceptions of the causes of behavior*. Morristown, NJ: General Learning Press.
- Juvonen, J. (2000). The social functions of attributional face-saving tactics among early adolescents. *Educational Psychology Review*, 12 (1), 15-32.
- Kastenmüller, A., Greitemeyer, T., Jonas, E., Fischer, P. & Frey, D. (2010). Selective exposure - The impact of collectivism and individualism. *The British journal of social psychology*, 49 (4), 745-764.
- Kazak, A.E., McClure, K.S., Alderfer, M.A., Hwang, W.-T., Crump, T.A., Le, L.T., Deatrick, J., Simms, S., Rourke, M.T. (2004). Cancer-Related Parental Beliefs: The Family Illness Beliefs Inventory (FIBI). *Journal of Pediatric Psychology*, 29 (7), 531-542.
- Kelley, H.H. (1967). Attribution theory in social psychology. *Nebraska Symposium on Motivation*, 15, 192-238.
- Kelley, H.H. (1972). *Causal schemata and the attribution process*. Morristown, N.J.: General Learning Press.
- Kriz, J. (2010). Weisen in der Welt zu sein. Die Teilhabe des Menschen an der Mitwelt auf körperlicher, psychischer, psychosozialer und kultureller Ebene. *Systeme*, 24 (2), 130-153.

- Leber, M. & Oevermann, U. (1994). Möglichkeiten der Therapieverlaufsanalyse in der objektiven Hermeneutik. In D. Garz & K. Kraimer (Hrsg.), *Die Welt als Text* (383-427). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Leff, J.P. & Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families. Its significance for mental illness*. New York u.a.: Guilford Press.
- Leventhal, H., Bodnar-Deren, S., Breland, J.Y., Hash-Converse, J., Phillips, L.A., Leventhal, E.A. & Cameron, L.D. (2012). Modeling Health and Illness Behavior: The Approach of the Commonsense Model. In A. Baum, T.A. Revenson & J. Singer (Hrsg.), *Handbook of health psychology* (2. Aufl., 3-35). New York, NY, US: Psychology Press.
- Lilli, W. & Frey, D. (1993). Die Hypothesentheorie der sozialen Wahrnehmung. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie. Band 1: Kognitive Theorien* (2. Aufl., 49-78). Bern: Huber.
- Lobera, I.J., Garrido, O., Fernandez, M.J.S. & Bautista, E.A. (2010). Social comparison as a coping strategy among caregivers of eating disorder patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17 (9), 775-782.
- Lohaus, A. (1993). Krankheitskonzepte von Kindern: Ein Überblick zur Forschungslage. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 41 (2), 117-129.
- Ludewig, K. (2002). *Leitmotive systemischer Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Luhmann, N. (1984). *Soziale Systeme: Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Maddux, J.E. (1993). The Mythology of Psychopathology: A Social Cognitive View of Deviance, Difference, and Disorder. *The General Psychologist*, 29, 34-45.
- Malle, B.F. (2011). Attribution Theories: How people make sense of behavior. In D. Chadee (Hrsg.), *Theories in Social Psychology* (72-95). Malden, USA: Wiley-Blackwell.
- Martin, A. (2013) Kausalattributionen bei psychosomatischen Störungen. In H.W. Hoefert & E. Brähler (Hrsg.), *Krankheitsvorstellungen von Patienten. Herausforderung für Medizin und Psychotherapie* (145-159). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Merton, R.K. (1948). The self-fulfilling prophecy. *The Antioch Review*. 8 (2), 193-201.
- Meyer, N.E., Dyck, D.G. & Petrinack, R.J. (1989). Cognitive appraisal and attributional correlates of depressive symptoms in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17 (3), 325-336.
- Meyer, W. & Försterling, F. (1993). Die Attributionstheorie. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie. Band 1: Kognitive Theorien* (2. Aufl., 175-214). Bern: Huber.
- Mikos, L. & Wegener, C. (2005). *Qualitative Medienforschung: Ein Handbuch*. Konstanz: UVK Verlags-Gesellschaft.
- Miron, A.M. & Brehm, J.W. (2006). Reaktanztheorie - 40 Jahre später. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 37 (1), 9-18.
- Nothbaum, N. & Steins, G. (2010). Nicht sexistischer Sprachgebrauch: Die stochastische Genuswahl. In G. Steins (Hrsg.), *Handbuch Psychologie und Geschlechterforschung* (409-416). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Postman, L. (1951). Toward a general theory of cognition. In J.H. Rohrer & M. Sherif (Hrsg.), *Social psychology at the crossroads* (242-272). Oxford, England: Harper.
- Rief, W., Nanke, A., Emmerich, J., Bender, A. & Zech, T. (2004). Causal illness attributions in somatoform disorders - Associations with comorbidity and illness behavior. *Journal of Psychosomatic Research*, 57 (4), 367-372.
- Rohrbaugh, M., Tennen, H., Press, S. & White, L. (1981). Compliance, defiance and therapeutic paradox: Guidelines for strategic use of paradoxical interventions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51 (3), 454-467.
- Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process. In L. Berkowitz (Hrsg.), *Advances in experimental social psychology*. Vol. 10. (173-220). New York: Academic Press.
- Rothman, A.J. & Salovey, P. (1997). Shaping perceptions to motivate healthy behavior: The role of message framing. *Psychological Bulletin*, 121 (1), 3-19.
- Rudolph, U. & Steins, G. (1998). Causal versus existential attributions - Different perspectives on highly negative events. *Basic and Applied Social Psychology*, 20 (3), 191-205.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-Determination Theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55 (1), 68-78.
- Salewski, C. (2002). Subjektive Krankheitstheorien und Krankheitsverarbeitung bei neurodermitiskranken Jugendlichen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 10 (4), 157-170.
- Schmidt, M.H. (2004). Verlauf von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt*, (10), 476-481.

- Schneewind, K.A. & Schmidt, M. (2002). Systemtheorie in der Sozialpsychologie. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie. Band 3: Motivations-, Selbst- und Informationsverarbeitungstheorien* (2. Aufl., 126-156). Bern: Huber.
- Seibel, C.A. & Dowd, E.T. (1999). Reactance and therapeutic noncompliance. *Cognitive Therapy and Research*, 23 (4), 373-379.
- Shoham, V., Bootzin, R.R., Rohrbaugh, M.J. & Urry, H. (1996). Paradoxical versus relaxation treatment for insomnia: The moderating role of reactance. *Sleep Research*, 24a, 365.
- Shoham, V., Rohrbaugh, M.J., Jacob, T. & Stickle, T. R. (1998). Demand-withdraw couple interaction moderates retention in cognitive-behavioral versus family-systems treatments for alcoholism. *Journal of Family Psychology*, 12 (4), 557-577.
- Shoham, V., Trost, S.E. & Rohrbaugh, M.J. (2004). From state to trait and back again: Reactance theory goes clinical. In R.A. Wright, J. Greenberg & S.S. Brehm (Hrsg.), *Building on Jack Brehm's contributions to psychology* (167-185). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum.
- Shoham-Salomon, V., Avner, R. & Neeman, R. (1989). You're changed if you do and changed if you don't: Mechanisms underlying paradoxical interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (5), 590-598.
- Silvia, P.J. (2005). Deflecting reactance: The role of similarity in increasing compliance and reducing resistance. *Basic and Applied Social Psychology*, 27 (3), 277-284.
- Simon, F.B. (1993). *Unterschiede, die Unterschiede machen: Klinische Epistemologie: Grundlage einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Simon, F.B. (1995). *Die andere Seite der Gesundheit: Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie*. Heidelberg: Auer.
- Simon, G.M. (2012). The role of the therapist - What effective therapists do. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38 (1), 8-13.
- Snyder, M.L. & Wicklund, R.A. (1978). Attribute ambiguity. In J.H. Harvey, W. Ickes & R.F. Kidd (Hrsg.), *New directions in attribution research. Vol. 2* (197-221). New Jersey: Erlbaum.
- Snyder, M. & Haugen, J.A. (1994). Why does behavioral confirmation occur? A functional perspective on the role of the perceiver. *Journal of Experimental Social Psychology*, 30 (3), 218-246.
- Snyder, M. & Haugen, J.A. (1995). Why does behavioral confirmation occur? A functional perspective on the role of the target. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21 (9), 963-974.
- Stapel, D.A. & Schwinghammer, S.A. (2004). Defensive social comparisons and the constraints of reality. *Social Cognition*, 2 (1), 147-167.
- Strauss, A.L. (1994). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. München: Wilhelm Fink.
- Strunk, G. & Schiepek, G. (2006). *Systemische Psychologie: Eine Einführung in die komplexen Grundlagen menschlichen Verhaltens*. München: Elsevier, Spektrum Akademie Verlag.
- Tennen, H., Press, S., Rohrbaugh, M. & White, L. (1981). Reactance theory and therapeutic paradox: A compliance-defiance model. *Theory, Research & Practice*, 18 (1), 14-22.

- Tschacher, W. (1997). *Prozeßgestalten: Die Anwendung der Selbstorganisationstheorie und der Theorie dynamischer Systeme auf Probleme der Psychologie*. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Vogd, W. (2005). *Systemtheorie und rekonstruktive Sozialforschung. Eine empirische Versöhnung unterschiedlicher theoretischer Perspektiven*. Opladen: Budrich.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (2011). *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien* (12. Aufl.). Bern: Huber.
- Weiner, B., Graham, S., Stern, P. & Lawson, M.E. (1982). Using affective cues to infer causal thoughts. *Developmental Psychology*, 18 (2), 278-286.
- Weiner, B. (2006). *Social motivation, justice, and the moral emotions: An attributional approach*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- White, C. & Barrowclough, C. (1998). Depressed and non-depressed mothers with problematic preschoolers: Attributions for child behaviours. *British Journal of Clinical Psychology*, 37 (4), 385-398.
- Wicklund, R.A. & Brehm, J.W. (1976). *Perspectives on cognitive dissonance*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wiehe, K. (2006). *Zwischen Schicksalsschlag und Lebensaufgabe. Die Rolle subjektiver Krankheitstheorien bei der familiären Bewältigung chronischer Krankheit im Kindesalter*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Willke, H. (2006). *Systemtheorie* (7. Aufl.). Stuttgart: Lucius & Lucius.



- Worchel, S. (2004). The diamond in the stone: Exploring the place of free behavior in studies of human rights and culture. In R.A. Wright, J. Greenberg & S.S. Brehm (Hrsg.), *Building on Jack Brehm's contributions to psychology* (107-128). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum.
- Wortman, C.B. & Brehm, J.W. (1975). Responses to uncontrollable outcomes: An integration of reactance theory and the learned helplessness model. In L. Berkowitz (Hrsg.), *Advances in Experimental Social Psychology; Volume 8* (277-336). New York, San Francisco, London: Academic Press.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability - A New View of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86 (2), 103-126.

---

## Anhang

### Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die von mir vorgelegte Dissertation selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt, die benutzten Quellen und Hilfsmittel vollständig angegeben und die Stellen der Arbeit (einschließlich Abbildungen), die anderen Ursprungs sind, in jedem Einzelfall mit Angabe des Urhebers als solche kenntlich gemacht habe.

Des Weiteren versichere ich, dass diese Dissertation noch keiner anderen Fakultät oder Universität zur Prüfung vorgelegen hat, dass sie noch nicht veröffentlicht ist sowie dass ich mich noch nicht anderweitig um einen Doktorgrad beworben habe, beziehungsweise einen solchen bereits besitze.

---

(Ort und Datum)

---

(Unterschrift)